Rapport PInCET

Project Intensivering Controle en Toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (versie 26-03-2012): procesbeschrijving en verbeteringsmogelijkheden

Inhoudsopgave

(management-)Samenvatting

Deel I

Dit rapport kijkt naar de controle van declaraties van medisch specialisten en algemene ziekenhuizen en het toezicht hierop. Het doel van het project is om vanuit de optiek van controle voor de algemene ziekenhuizen te bezien hoe de collectieve middelen die worden besteed aan het wettelijk vastgestelde verzekeringspakket kunnen worden verminderd door mogelijke verbeteringen en aanpassingen in de gehele keten (van regulering en pakketbeheer tot registratie, verantwoording en controle en toezicht). Aanleiding ervoor is in een het regeerakkoord opgenomen bezuiniging. In deel I wordt aan de hand van 4 behandelingen (varices, P.A.O.D., rughernia en bovenooglidcorrecties) voor de gehele keten het opgezette controle- en toezichtproces beschreven. In deel 2 wordt ingegaan op de verbeteringsmogelijkheden. Hoewel het zorgproces als zodanig complex is, gaat de controle over een als zodanig eenvoudige vraag, namelijk: Is de declaratie die de zorgverlener/zorgaanbieder heeft ingediend juist/rechtmatig gelet op de collectief verzekerde pakket?

In de afgelopen jaren is veel en goed werk verzet vooral in de sfeer van de formele controles (: wordt voldaan aan door betrokkenen gestelde regels) om het controlesysteem te versterken. In het bijzonder worden de volgende activiteiten genoemd.

- De afbouw van de ex post risicoverevening met de vergroting van het vrije marktsegment vergroot de risicodragendheid van de zorgverzekeraar wat waarschijnlijk ook de volledigheid en tijdigheid van controles zal stimuleren.
- Met de invoering van het DOT-systeem is het risico van upcoding (omdat bij een bepaald verrichtingenpatroon nog maar één DBC-zorgproduct hoort) en overdeclaratie (omdat zorgverleners niet zelf meer een DBC kunnen sluiten en een nieuwe openen voor dezelfde zorgvraag) verminderd.
- De ontwikkeling van de DOT controlemodule ten behoeve van uniforme uitvoering van de controles (zie paragraaf 15.4) op DOT-zorgproducten door ZN en de NVZ in de sfeer van formele controles.
- De gedachten om niet concurrentiële activiteiten in de controlesfeer landelijk te poolen en Vektis een rol te laten spelen bij branchebrede controle en detectie, los van wat de zorgverzekeraars zelf al doen.
- Om de samenwerking tussen zorgverzekeraars onderling en tussen zorgverzekeraars en stakeholders te intensiveren, is begin 2012 het Kenniscentrum Fraudebeheersing gestart door ZN.
- Zorgverzekeraars hebben in ZN-verband een programma 'Samenwerken aan controles' uitgevoerd (met subsidie van VWS) en de afzonderlijke projecten inmiddels in de lijn belegd. Doel was het optimaliseren van controleprocessen in de keten (efficiënter, effectiever en tegen lagere kosten) én structureel de relatie naar fraudebeheersing leggen. De samenwerking richt zich op de non-concurrentiële (formele) controles, voortkomend uit wet- en regelgeving.

Aan de andere kant laat het rapport zien dat er verbeteringsmogelijkheden zijn. Op hoofdlijnen en vooral liggend in de sfeer van de materiële controles en gepast gebruik tekent zich een beeld af, dat zich het beste door de volgende vragen/elementen laat vangen.
A. Heeft het systeem voldoende prikkels om onrechtmatige declaraties te voorkomen?
B. Is het systeem voldoende ingericht op controles?
C. Is gewaarborgd dat gedeclareerde zorg overeenkomt met de collectief verzekerde zorg?
D. Controle wordt te veel gezien als kostenpost.
E. Omdat de concurrentie op de zorgmarkt nog in ontwikkeling is, bestaat de neiging kosten af te wentelen op de belastingbetaler, premiebetaler of de omvang van het verzekerd pakket.
Hierbij wordt aangetekend dat de verschillende elementen elkaar in negatieve zin kunnen versterken.

Ad A. Waar zorgverleners/zorgaanbieders moeten staan voor de juistheid en rechtmatigheid van declaraties, bestaat hiervoor in de praktijk weinig aandacht. Voor zorgverleners en zorgaanbieders vormen declaraties hun inkomstenbron. Onder andere zorgverzekeraars hebben een informatieachterstand met betrekking tot onder andere de indicatiestelling die niet uit de declaratie blijkt. Waar onjuistheden bij controles worden gedetecteerd, moet worden doorgepakt; dat prikkelt tot het voorkomen van onjuiste declaraties. Hiernaast is het aantal toegepaste bestuurlijke en strafrechtelijke maatregelen om regels te handhaven beperkt. Bij de verschillende zorgverzekeraars kan in zijn algemeenheid de samenwerking tussen inkoop, medisch adviseur en controle worden verbeterd.

Ad B. Omdat het systeem niet is ingericht op controle van praktijkvariatie of de toepassing van het stepped care principe is het weinig verwonderlijk dat bij de onderzoeken daarnaar stevige verschillen worden gevonden. Analyses met betrekking tot praktijkvariatie vinden niet systematisch plaats. Voorts kan in het DOT niet naar specialist worden onderscheiden doch slechts naar specialisme, waardoor de betrouwbaarheid van statische controles wordt bemoeilijkt. Onder andere hierdoor is het weer minder interessant geavanceerde controlesoftware systemen aan te schaffen. Ook bestaan vragen over de normstelling; wat is de norm of is de normstelling bij bijvoorbeeld materiele controle en "redelijkerwijs aangewezen"duidelijk; zonder adequate normering is het moeilijk controleren?

Ad C. De formele controles van declaraties (voldoen declaraties aan de door de overheid en de zorgverzekeraar gestelde regels) zien er solide uit. De materiële controles van declaraties roepen echter vragen op (waar deze vanwege de privacy regels en de medische geheimhouding al aan beperkingen zijn gebonden). Voor een adequate controle van declaraties zijn echter zowel formele als materiële controles van belang. Materiële controles worden als duur, bewerkelijk en weinig efficiënt ervaren en vinden daarom (en vanwege een capaciteitstekort bij medische adviseurs) beperkt plaats. De aan de materiele controles ten grondslag liggende risicoanalyses hebben een beperkt karakter en vinden op instellingsniveau in plaats van landelijk plaats. De kennis van externe accountants over het subject van materiële controle is voorts afwezig. Ook blijkt er een verwachtingenkloof ten aanzien van het protocol vereveningstoezicht tussen de toezichthouder en de externe accountants te bestaan.

Ad D. Controle wordt te veel gezien als kostenpost, waar controle tegen redelijke kosten er juist op is gericht te voorkomen dat geld uit het systeem "weglekt". Via het machtigingenportaal wordt een soepele afwikkeling van declaraties bereikt; echter vervolgens moet via moeizame materiële controles worden nagegaan of de declaratie overeenkomt met de collectief verzekerde zorg. Dat prikkelt niet tot het voorkomen van onjuiste declaraties. Nulmetingen ontbreken ook vaak.

Ad E. Met de afbouw van de ex post risicoverevening en de vergroting van het vrije segment met ingang van 2012 neemt de concurrentie op de zorgmarkt toe. Omdat de concurrentie net als de verzakelijking van de verhouding zorgverzekeraars en zorgaanbieders nog in ontwikkeling is en bij zorgverleners/zorgaanbieders aandacht voor risico-analyses en controles minder leeft en zorgverzekeraars vinden dat zorgverleners en zorgaanbieders voor de juistheid van de declaratie moeten staan, is de neiging kosten af te wentelen op de belastingbetaler, premiebetaler of de omvang van het verzekerd pakket. Ook angst voor reputatieschade en het niet "neen" willen verkopen aan de verzekerde dragen hieraan bij; het collectieve goed zorg lijkt hier niet parallel te lopen met het eigen belang van partijen op de zorgmarkt.

Deel II

Gelet op het bovenstaande en om een integere bedrijfsvoering met oog voor het maatschappelijk belang te blijven borgen is ook gekeken naar de verbeteringsmogelijkheden Om het risico op onrechtmatige declaraties goed te kunnen managen gaat het in essentie om de volgende aandachtsgebieden bij de verbeteringen, te weten:
A. meer aandacht voor controle;

B. de vertaling van het collectief verzekerd pakket in DBC-zorgproducten;
C. de controleprikkels de goede kant op hebben staan;
D. het hebben van een toegesneden risk management systeem;
E. duidelijke normen; en
F. voldoende controlecapaciteit.

DEEL I Procesbeschrijving

1. *Aanleiding*

In het regeerakkoord is onder de noemer "toetsing rechtmatigheid van vergoeding conform Zvw" een besparing opgenomen van structureel € 40 mln. Later is deze besparing bijgesteld tot € 47 mln (€ 27 mln in 2011) [1]. Hieronder wordt op basis van het plan van aanpak (zie bijlage 1) de projectbeschrijving gegeven.

Wij willen de aanleiding van het project vanuit de upside-potentials oppakken: investeren in een goed opgezette controle en zorginkoop levert geld op (zie bijlage 2). In de mate dat we erin slagen de vergoeding van buiten de collectieve verzekering (basisverzekering) vallende zorg te voorkomen, neemt immers naast de integriteit van het zorgstelsel de kans toe dat:

a) de druk op de uitgaven voor de collectief verzekerde zorg wordt beperkt; en/of
b) de druk op zorgactiviteiten van ziekenhuizen wordt beperkt;en/of
c) de druk op de vergoeding van de zorgprofessionals vermindert; en/of
d) de druk op de premies (en het eigen risico) voor de collectief verzekerde zorg neemt af.

Hieraan invulling geven betekent in essentie dat partijen samen hun bestuurlijke verantwoordelijkheid pakken om het systeem als geheel op een hoger niveau te tillen.

2. *Doel*

Het doel van dit project is om voor de algemene ziekenhuizen te bezien:

hoe vanuit de optiek van controle en het toezicht erop de collectieve middelen die worden besteed aan het wettelijk vastgestelde verzekeringpakket[2], ceteris paribus, kunnen worden verminderd door mogelijke verbeteringen en aanpassingen in de gehele keten (van regulering en pakketbeheer tot registratie, verantwoording en controle en toezicht) zowel van preventieve als repressieve aard.

Bij het bereiken van het doel gaat het om verbeterpunten in de gehele keten zowel van preventieve als repressieve aard. Belangrijk is bijvoorbeeld ook welke verbeterpunten zorgverzekeraars in overleg met zorgaanbieders/zorgprofessionals in de zorginkoop afspreken om betere controles mogelijk te maken. Welke data ontvangen zorgverzekeraars bijvoorbeeld van zorgaanbieders/professionals en in hoeverre zijn die data behulpzaam om controles uit te voeren? Hiernaast is ook de omschrijving van het zorgproduct – het object van controle - van belang. Is het zorgproduct helder gedefinieerd? En is duidelijk wat wel en wat niet meer tot collectief verzekerde zorg behoort?

3. *Aanpak*

Initieel zal de analyse plaatsvinden bij varices (spataderen); P.A.O.D. (Peripheral Arterial Occlusive Disease: chronische belemmering bloedstroom naar de benen); bovenooglid correcties; en HNP (rughernia: Hernia Nuclei Pulposi). Uit een beschrijving en analyse van het controleproces in de zorgketen bij de gekozen behandelingen en vervolgens een analyse daarvan dienen de mogelijke verbeterpunten bij de controle en het toezicht in de keten van pakketbeheer door het CVZ, via tariefsberekening- en prestatiebeschrijving door DBC-onderhoud, vaststelling van deze beschrijving door de NZa, zorgverlening en registratie door de zorgprofessionals, afleiding van de prestatie door de zorgaanbieder via de DBC-grouper van DBC-Onderhoud, indiening van de declaratie door de zorgaanbieder tot vergoeding van de declaratie door de zorgverzekeraar naar het toezicht door de NZa naar voren te komen. Relevante verbetermogelijkheden dienen zo veel mogelijk te worden verzilverd en te worden

[1] Ook in het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 wordt aan deze maatregel gerefereerd.
[2] Artikel 10 en art 14, lid 1 van de Zvw en artikel 2.1, lid 1,2 en 3 en artikel 2.4, lid 1, van het Besluit zorgverzekering

doorgetrokken naar andere behandelingen. Om het effect van de gevolgen van de gewenst geachte verbeterpunten te meten is het van belang dat het project ook aandacht besteedt aan de uitgaven in de uitgangssituatie en de situatie na invoering van de verbeterpunten.

4. *Wisselende panelen*

Met ingang van 2012 heeft het zorgsysteem een aantal belangrijke wijzigingen ondergaan.

Het DBC-stelsel is opgevolgd door een doorontwikkelde versie hiervan, het DOT-stelsel (:2e generatie DBC's). Hiernaast versterkt het afbouwen van de ex post risicoverevening en de uitbreiding van de vrije markt de prikkels in de keten en mogelijk ook in de sfeer van de controle.

Omdat met ingang van 2012 het DBC-stelsel wordt opgevolgd door het DOT-systeem zal in de procesbeschrijving van het DOT-systeem worden uitgegaan. Verder is het evident dat deze wijzigingen dienen te worden betrokken bij de aan te reiken verbeteringen.

Dit betekent wel dat de data niet zonder meer kunnen worden geëxtrapoleerd. Dat heeft ook effect op en brengt risico's mee voor de controle.

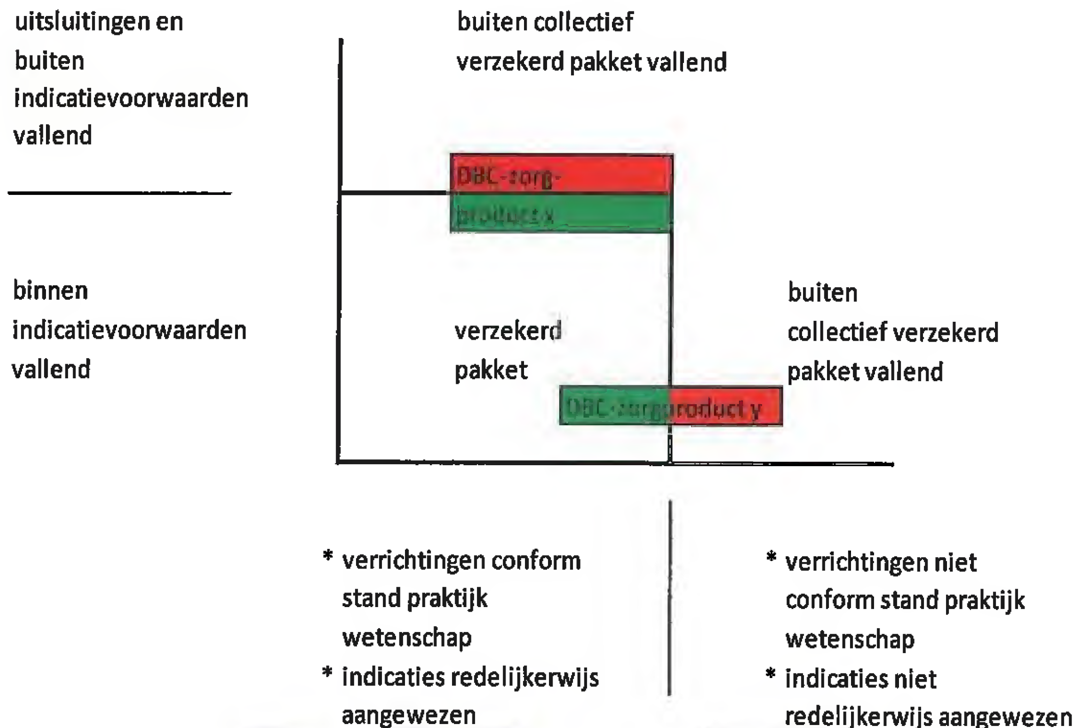
5. *Het product, de prijs en (de hoofdlijnen van) de zorg- en controleketen*

De *Zvw* geeft functioneel omschreven (met een open norm) aan op welke medisch noodzakelijke zorg iemand recht heeft: het verzekerd pakket. Vertrekpunt van het pakketbeheer vormt de omschrijving van de 'te verzekeren prestaties', zoals deze in de Zvw zijn vastgelegd. Het CVZ toetst of een bepaalde zorgvoorziening voldoet aan de wettelijke criteria en dus tot de te verzekeren prestaties kan worden gerekend. Bij het toetsen of een bepaalde zorgvoorziening voldoet aan de wettelijke criteria en dus tot de te verzekeren prestaties kan worden gerekend overlegt het CVZ met onder andere de beroepsverenigingen, de NVZ, DBC-Onderhoud, ZN en de NZa.



DBC-zorgproducten, samenhangende reeksen van zorgactiviteiten, hebben zowel betrekking op de collectief verzekerde zorg als op aanvullende verzekerde zorg door zorgverzekeraars. DBC-Onderhoud stelt de prestatiebeschrijving van de DBC-zorgproducten op. De NZa stelt de prestatiebeschrijving van de DBC-zorgproducten vast. Bij de prestatiebeschrijving zijn/worden naast DBC-onderhoud en de veldpartijen, de NZa en het CVZ betrokken. De vaststelling van de

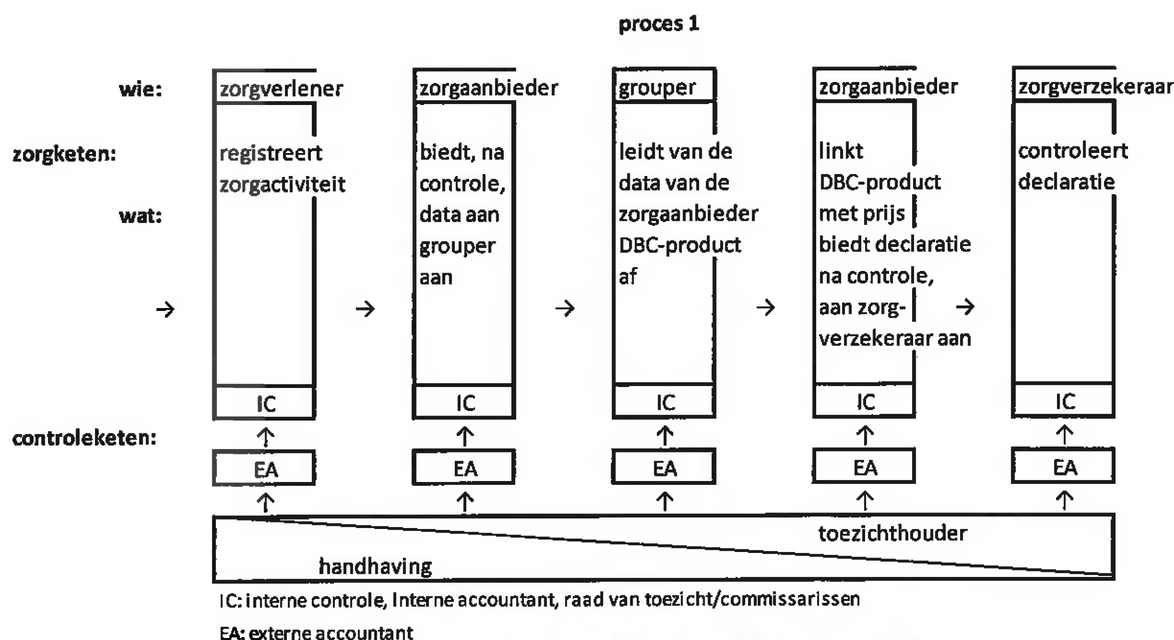
prestatiebeschrijving vindt plaats ongeacht of van (collectief) verzekerd zorg sprake is. Door middel van kleurencodes (zie paragraaf 13.3) geeft de Grouper aan voor welke zorgproducten aanspraak op de Zorgverzekeringswet (Zvw) kan worden gemaakt voor vergoeding vanuit het basispakket zorgverzekering; de bedoelde aanspraak hoeft overigens nog niet rechtmatig te zijn.



Op basis van het (collectief) verzekerd pakket stelt de zorgverzekeraar de basispolis op. Wil de basispolis van de zorgverzekeraar voldoen aan het (collectief) verzekerd pakket dan zal de inhoud van de basispolis inhoudelijk moeten overeenstemmen met het collectief verzekerd pakket.

Op de vrije markt bepalen zorgaanbieders en zorgverzekeraars de prijs van de DBC-zorgproducten en op de gereguleerde markt stelt de NZa deze vast op grond van berekeningen door DBC-Onderhoud.

Het declaratie- en controleproces doorloopt de volgende stappen.



Op basis van de diagnose, de verleende zorgactiviteiten en - in het geval van onder andere machtigingen (zie par 13.2) – de indicatiestelling registreert de zorgverlener de verleende zorg binnen een afgebakende periode, het zogenaamde subtraject. Hierbij handelt de zorgverlener conform de vastgestelde richtlijnen van de beroepsorganisaties. De zorgaanbieder draagt er vervolgens, na controle, zorg voor dat dit subtraject (en hiermee de binnen het subtraject verleende zorgactiviteiten) aan de Grouper wordt aangeboden. De Grouper kent aan het subtraject (en hiermee binnen het subtraject verleende zorgactiviteiten) een DBC-zorgproductcode toe. De zorgaanbieder koppelt hieraan (en hiermee aan de binnen het subtraject verleende zorgactiviteiten) vervolgens de juiste prijs, stelt de declaratie op en biedt deze, na controle, aan de zorgverzekeraar ter vergoeding aan. De zorgverzekeraar controleert of de declaratie binnen het verzekerd pakket valt en gaat daarna tot vergoeding over als aan de voorwaarden is voldaan. De financiële verantwoordingen van de marktpartijen in de keten worden gecontroleerd door (vaak interne en) de externe accountants. De NZa als toezichthouder[3] houdt tenslotte toezicht op de juistheid van de financiële verantwoordingen van de zorgverzekeraars in het kader van de risicoverevening en houdt tevens toezicht op gedeclareerde prestaties en tarieven door zorgaanbieders. Sluitstuk van het proces is de handhaving[4] door het terughalen van de onrechtmatig vergoede middelen al dan niet via justitiële procedures.

Tegenover de zorgactiviteiten uitmondend in een declaratie staat een financiële stroom.

---

[3] Naast de NZa hebben ook de AFM en in het bijzonder DNB een rol bij het toezicht op zorgverzekeraars (zie paragraaf 16.1 en 16.6.en volgende)
[4] Met handhaving wordt gedoeld op de door NZa, politie en justitie te nemen bestuurlijke of strafrechtelijke maatregelen bij niet naleving van de gestelde regels.

proces 2

wie:	zorgverlener		zorgaanbieder		zorgverzekeraar		verzekerde/patient
financiële stroom: wat:	krijgt declaratie vergoed	←	krijgt declaratie vergoed	←	vergoed na controle declaratie	50% ←	betaalt premie
						50% ←	Zorgverzekeringsfonds (beheerd door het CVZ): vereveningsbijdrage uit: _ inkomensafhankelijke bijdrage _ rijksbijdrage

De zorgverzekeraar krijgt zijn inkomsten uit de door verzekerden betaalde premies voor de basispolis, de aanvullende verzekering en uit de vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Dat fonds ontvangt zijn middelen weer uit de inkomensafhankelijke bijdrage die via de werkgever door de Belastingdienst wordt geïnd en een rijksbijdrage. De vereveningsbijdrage compenseert zorgverzekeraars voor het eventuele nadeel ten gevolge van het opleggen van een acceptatieplicht voor zorgverzekeraars van verzekeringsplichtigen. Uit zijn inkomsten vergoedt de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder/zorgverlener de akkoord bevonden declaraties van de zorgaanbieder/zorgverlener. Bij de verwerving van de inkomsten van de zorgverzekeraar wordt als zodanig niet gedifferentieerd naar behandelingen. Wanneer de vergoedingen rechtmatig plaatsvinden is dat ook het geval met betrekking tot de bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds; wanneer dat niet is gewaarborgd, hoeft de bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds ook niet rechtmatig te zijn.

6. De stakeholders

Bij de aanpak van de controle en het toezicht hierop ter vermindering van de collectieve middelen die we uitgeven aan het wettelijk vastgestelde pakket voor verzekerde zorg zijn, naast de verzekerden, de volgende partijen betrokken.

<u>Zorgaanbieders/zorgprofessionals</u>
De zorgaanbieder/zorgprofessional verleent de zorg en dient voor aan de verzekerde verleende zorg een declaratie bij de verzekerde zelf of bij diens zorgverzekeraar in. De NVZ behartigt de belangen van de algemene ziekenhuizen; de NFU die van de universitair medische centra; en ZKN die van de bij haar aangesloten klinieken. De Orde behartigt de belangen van de medisch specialisten. De wetenschappelijke verenigingen vormen de beroepsverenigingen met betrekking tot de verschillende specialismen. Voor de gekozen behandelingen gaat het, afgezien van een incidenteel ander specialisme, om de volgende specialismen, te weten:

- Varices : heelkunde (0303) en dermatologie en venereologie (0310);
- P.A.O.D. : heelkunde (0303) en radiologie (0362);
- Bovenooglid correcties : oogheelkunde (0301) en plastische chirurgie (0304); en
- HNP (lumbale rughernia) : orthopedie (0305), neurochirurgie (0308) en neurologie (0330).

<u>DBC-Onderhoud</u>
DBC-Onderhoud is verantwoordelijk voor een goed werkende DBC-systematiek. Daartoe levert DBC-Onderhoud met regelmaat geactualiseerde DBC-pakketten uit. De inhoud van die pakketten komt tot stand in nauw overleg met de zorgsector, de patiënten, de zorgverzekeraars en de overheid. Daarnaast beheert DBC-Onderhoud het DBC-informatiesysteem (DIS). Het landelijke DIS ontvangt en beheert alle informatie over DBC's. Het bevat gegevens uit de basisregistratie van zorgaanbieders over wat zij aan zorg geleverd en gedeclareerd hebben.

Zorgverzekeraars
De zorgverzekeraar vergoedt na controle de door de zorgaanbieder ingediende declaratie en brengt, rekening houdend met het voor het verevenings- en rechtmatigheidstoezicht door de NZa opgestelde protocol, de declaratie van de zorgaanbieder uitgaande van het collectief vastgestelde verzekeringpakket onder de risicoverevening. ZN behartigt de belangen van de zorgverzekeraars. ZN heeft een programma 'Samenwerken aan controles' uitgevoerd (met subsidie van VWS) en de afzonderlijke projecten inmiddels in de lijn belegd. Doel was het optimaliseren controleprocessen in de keten (efficiënter, effectiever en tegen lagere kosten) én structureel de relatie naar fraudebeheersing leggen. Eén van de projecten uit het programma was controleren bij de zorgaanbieder/zorgprofessional zelf met als doel dat er alleen goede declaraties worden gedeclareerd. Dit project loopt nog; zie verder 15.4. Vektis fungeert voor de zorgverzekeraars als databank. Zorgverzekeraars maken ook afspraken met de zorgaanbieder over de inhoud van de DBC en hoe er mag worden gedeclareerd.

De toezichthouders
Naast de NZa speelt ook DNB een rol in de sfeer van het toezicht.
- Naast prestatiebeschrijving en tariefregulering houdt de NZa conform de Wmg (art. 16) toezicht op de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zvw. Voor het vereveningsonderzoek heeft de NZa een controleprotocol opgesteld waarbij de controle cq. het onderzoek naar de juistheid van de diverse verantwoordingen van de zorgverzekeraars centraal staat. De NZa houdt tevens toezicht op gedeclareerde prestaties en tarieven door zorgaanbieders. De NZa kan bij gebleken overtreding van de regels handhaven via een aanwijzing, bestuursdwang, een boete of last onder dwangsom. De NZa heeft recent al enkele initiatieven genomen om het toezicht te versterken (zie hiervoor hoofdstuk 16).
- DNB oefent prudentieel toezicht op onder andere zorgverzekeraars uit. Een onderdeel van dit toezicht is gericht op de bescherming en bevordering van de integriteit van het financiële stelsel in Nederland en op de integere bedrijfsvoering door de onder toezicht staande ondernemingen.
- De AFM houdt op grond van de Wet toezicht accountantsorganisaties toezicht op de zorgplicht van accountants.

CVZ
Het CVZ adviseert de minister over welke zorg onder de Zvw zou moeten vallen. En het CVZ bevordert een eenduidige uitleg van welke zorg al dan niet op grond van de Zvw wordt gedekt, bijvoorbeeld naar aanleiding van een geschil tussen zorgverzekeraars en verzekerden. Het CVZ beheert hiernaast het Zorgverzekeringsfonds. Uit het Zorgverzekeringsfonds betaalt het CVZ de zorgverzekeraar de vereveningsbijdrage. Aanpassingen van het zorgpakket vinden doorgaans per de eerste dag van een nieuw kalenderjaar plaats. Nadere duidingen van het pakket die voortvloeien uit een standpunt, gaan in zodra het standpunt openbaar is gemaakt door het CVZ.

VWS
VWS is verantwoordelijk voor het stelsel van de gezondheidszorg, waaronder – in dit geval relevant - de Zvw en de Wmg en de op basis hiervan genomen besluiten. Hiervoor en voor de invulling van die wetten draagt de minister van VWS de politieke verantwoordelijkheid richting Kamer. In het verlengde hiervan ligt bij VWS de regie om stappen te zetten voor de invulling van de op basis van het regeerakkoord overeengekomen bezuiniging met betrekking tot de "toetsing rechtmatigheid van vergoeding conform Zvw".

7. *Kernvraag: komt de ingediende declaratie voor vergoeding onder de basispolis in aanmerking?*

De ingediende declaratie komt voor vergoeding onder de basispolis in aanmerking wanneer de volgende twee vragen positief worden beantwoord.

a. Komt het DBC-product en/of de basispolis *inhoudelijk* overeen met het (collectief) verzekerd pakket?
b. Komt het DBC-product en/of de basispolis *qua uitvoering* overeen met het (collectief) verzekerd pakket?

Ad. a. Om te borgen dat niet meer maar ook niet minder wordt vergoed dan het (collectief) verzekerd pakket dient te worden nagegaan of het vastgestelde verzekerd pakket uiteindelijk op de juiste manier is vertaald in de basispolis. Hierbij dient bedacht te worden dat de gehanteerde criteria bij het collectief verzekerd pakket niet parallel hoeven te lopen met richtlijnen op grond waarvan zorgactiviteiten plaatsvinden. Hiernaast zijn indicaties en zorgactiviteiten op de declaratie vertaald in DBC-zorgproducten en diagnoses. Bovendien komen niet alle zorgactiviteiten respectievelijk (delen) van zorgproducten voor vergoeding onder het collectief verzekerd pakket in aanmerking. In de mate dat onder andere het verzekerd pakket zich moeilijker in termen van DBC-zorgproducten laat vertalen, het DBC-systeem complexer is en het vergoeden of het niet vergoeden van meer voorwaarden afhankelijk is, zal de kans op vertaalfouten en/of -problemen groter zijn.

Ad. b. Hiernaast dient in de uitvoeringssfeer tenminste de verleende zorgactiviteit (en het prijskaartje dat eraan hangt) en het op de declaratie opgenomen DBC-zorgproduct met elkaar te corresponderen. De verleende zorgactiviteit en de op de declaratie opgenomen activiteit kunnen van elkaar afwijken door bijvoorbeeld fraude, oneigenlijk gebruik of administratieve vergissingen, maar ook doordat tussen de vergoede zorg en de bij het Zorgverzekeringsfonds gedeclareerde zorg verschillen kunnen zitten.

Als de vragen a en/of b ontkennend worden beantwoord of niet kunnen worden beantwoord vormen dat (afgezien van overeengekomen "best practices") aandachtspunten ter verbetering van het proces. Hiernaast rijst dan de vraag hoe de controle en/of het toezicht kunnen worden verbeterd?

Indicaties voor misbruik of oneigenlijk gebruik van het collectief vastgesteld verzekeringspakket kunnen onder andere naar voren komen uit:
- het resultaat van controles door zorgverzekeraars (formele/materiële controle; algemene/specifieke risicoanalyses).
- informatie van patiëntenorganisaties;
- onderzoek met betrekking tot praktijkvariatie;
- meldingen bij meldpunten;
- risicoanalyses en verbandscontroles; en
- vergelijking van behaalde resultaten met indicatieve normen en/of bench marks.

Een goed geolied signaleringssysteem kan uiteraard veel problemen voorkomen.

8. De gekozen behandelingen

Het in dit project oppakken van een groot aantal behandelingen is te tijd- en kostenintensief. Daarom is er de voorkeur aan gegeven eerst aan de hand van een beperkt aantal behandelingen te bekijken waar verbeterpunten in de controle en het toezicht hierop bestaan. Het zou hierbij moeten gaan om behandelingen die goed beschreven zijn, waar al onderzoek naar is gedaan in het kader van gepast gebruik en/of praktijkvariatie, die niet te complex wat betreft behandelkeuzes zijn en die naar verwachting een substantieel besparingspotentieel kennen. Hiervan uitgaand zijn de volgende behandelingen gekozen, te weten:
a) Varices (spataderen);
b) P.A.O.D. (chronische belemmering van de bloedstroom naar de benen);
c) Bovenooglid correcties; en
d) HNP (rughernia: Hernia Nuclei Pulposi).

Hieronder worden de keuzen toegelicht en wordt een korte karakteristiek van de behandeling gegeven. De gegevens zijn afkomstig uit het DIS (= zorgactiviteiten) en Vektis (= DBC-

zorgproducten). Het betreft DBC's geopend in 2009 (peildatum DIS november 2011). DIS omvat alle door de zorginstellingen aangeleverde data, zowel verzekerde zorg als aanvullend of onverzekerde zorg (alles alleen tweedelijns). Vektis bevat alle aan de zorgverzekeraars gedeclareerde DBC's. In hoeverre er zorg wordt geleverd die zorginstellingen direct aan de patiënt declareren en niet aan DIS en Vektis aanleveren is onbekend. De data ten behoeve van het DIS dienen verplicht te worden aangeleverd door alle zorgaanbieders en die voor het Vektis worden op vrijwillige basis door de zorgverzekeraars aangeleverd en zijn 100% dekkend zijn met uitzondering van niet verzekerde behandelingen. In tegenstelling tot de gegevens van DIS kunnen op basis van de gegevens van Vektis verzekerden worden gevolgd.

8.1. Varices (spataderen)

Voor een omschrijving van varices wordt verwezen naar www.kwaliteitskoepel.nl respectievelijk de Zorginkoopgids: www.zn.nl. De richtlijn voor diagnostiek en behandeling van varices van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie dateert uit april 2007.

De diagnoses waarom het specifiek gaat zijn:

Specialisme	Omschrijving	Diagnose	Omschrijving
0303	Heelkunde	423	varices van de onderste extremiteiten
0310	Dermatologie	24	Varices

Bij de keuze van invasieve behandelingen van varices hebben de volgende specifieke overwegingen een rol gespeeld. Groot volume; grote praktijkvariatie waargenomen[5], wat kan duiden op overbehandeling; een illustratie van knelpunten rondom indicatiestelling: de beroepsverenigingen zijn het oneens met het CVZ over stadium C2; bovendien wordt de behandeling ook toegepast vanuit cosmetisch perspectief, er is dan geen sprake van een medische noodzaak; als zodanig is duidelijk wat wel/niet is verzekerd. Hiernaast blijkt uit onderzoek[6] dat er aanwijzingen bestaan voor upcoding en overdeclaratie.

De behandeling kan als volgt worden gekarakteriseerd.

Varices		DBC-O	Vektis[7]
Aantal patiënten	2009	80800	79700
Aantal DBC's[8]	2009	103000	109000
	verzekerde zorg[9]	99,8%	100%
	Aanvullend		0 %
Aantal instellingen	2009	139	150
	Academisch	4%	4%
	Algemeen	32%	31%
	Top	32%	31%
	ZBC's	33%	32%
	Overig		2%
Prijs			
% verandering	2009/2008 (obv		-5,9%

[5] Zie rapportage ZN, vektis en plexus inzake indicatoren indicatiestellingen, 15-7-2011.

[6] Fleur Hasaart: Incentives in the Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care (juli 2011)

[7] Omdat in DIS patiënten niet over instellingen zijn te volgen en in Vektis wel zijn de aantallen in de kolom "Vektis" in uitgangspunt hoger dan in de kolom "DBC-O".

[8] Het aantal DBC's kan verschillen van het aantal DBC-zorgproducten dat vanaf 2012 in DIS komt vanwege nieuwe registratieregels.

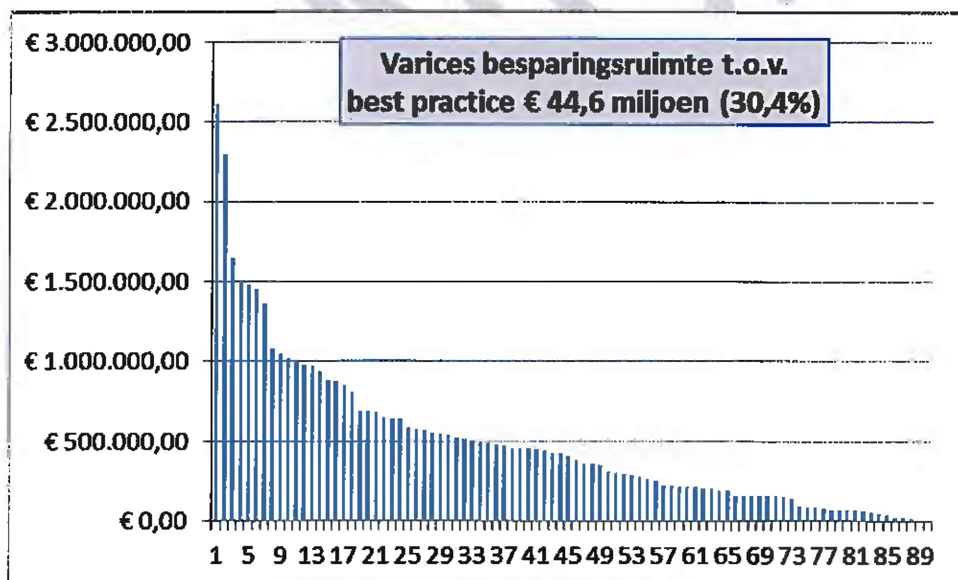
[9] Voor de goede orde wordt aangetekend dat de term "verzekerde zorg" niet hetzelfde is als rechtmatige zorg. Naast collectief verzekerde zorg omvat "verzekerde zorg" bovendien de aanvullende verzekering.

	82%)[10]		
gemid prijs	2009		€ 960
geschat gemid. Prijs	2010		€ 900
Omzet			
% verandering	2009/2008 (obv 82%)		19%
% verandering	2009/2008 (obv 98%)		16%
% verandering	2010/2009 (obv 82%)		11%
gemid. Omzet	2009 (obv 82%)		94 mln
geschat gemid. Omzet	2010 (obv 82%)		104 mln

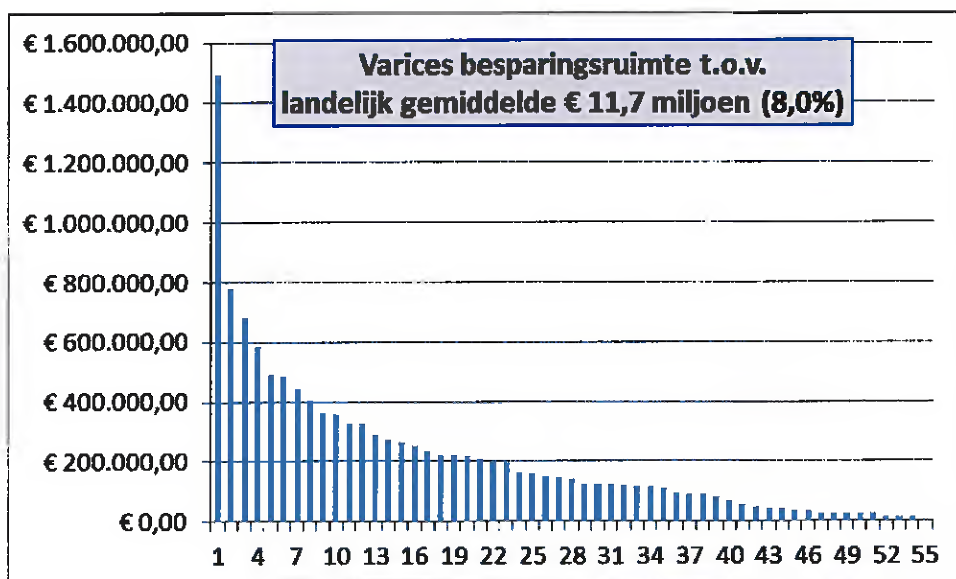
Specifieke opmerkingen bij varices

- Het aantal DBC's voor 2010 staat eind november 2011 al op 115000 waar de meter in 2009 uitkwam op 109000 (+ 5,5%).

De hieronder opgenomen twee grafieken geven een indicatie van de "besparingsruimte" bij varices aan uitgaande van kostenafwijkingen per patiënt tussen ziekenhuizen over de jaren 2008 t/m 2010 op basis van historische DBC-declaraties en gecorrigeerd voor bestaande en algemeen bekende factoren zoals leeftijd, DKG en type instelling. Uitgegaan is van twee varianten.
- De 1e grafiek geeft de "besparingsruimte" weer van alle ziekenhuizen ten opzichte van het beste jongetje/meisje van de klas (: de best pratice), waarbij best practice het ziekenhuis is met een relevant volume patiënten en waarbij de gemiddelde kosten per patiënt ruim onder het landelijk gemiddelde liggen.
- De 2e grafiek geeft de "besparingsruimte" weer van alle ziekenhuizen met gemiddelde kosten per patiënt boven het landelijk gemiddelde.
Naast het te besparen bedrag is in de grafieken het percentage van dat bedrag als deel van het totaal aantal declaraties over 2008 t/m 2010 met betrekking tot de gekozen behandeling getoond.



[10] Omzet en prijzen zijn op basis van 82% van het jaar opgesteld; hierbij valt te bedenken dat veelal aan het einde van het jaar correcties of inhaalslagen plaatsvinden, waardoor de afwijking die zich aftekent uiteindelijk minder geprononceerd blijkt.



Mogelijke oorzaken van de afwijkingen tussen ziekenhuizen kunnen zijn:
- het aantal DBC-producten per verzekerde;
- het behandelende specialisme;
- de diagnose;
- de behandelvariant (poliklinisch/klinisch, invasief/conservatief, het tarief, het zorgproduct; en
- een niet bekende oorzaak.

Bij de bepaling van de "besparingsruimte" is geen rekening gehouden met
- vertaalfouten bij de omzetting van het collectief verzekerd product in het DBC-product; en
- systematisch niet ontdekte onrechtmatigheden.

Deze twee factoren kunnen ertoe leiden dat de feitelijke "besparingsruimte" groter is dan wordt getoond.

De controle op de rechtmatigheid en het toezicht hierop alsmede de concurrentie tussen zorgaanbieders onderling en zorgverzekeraars onderling bepalen of en in welke mate besparingen met betrekking tot onrechtmatigheid en/of ondoelmatigheid kunnen worden gerealiseerd. Het project PInCeT richt zich uitsluitend op de controle op de rechtmatigheid van declaraties, waaronder de controle op het wettelijk criterium "redelijk aangewezen zorg". Verbeteringsmaatregelen voor de ene component (controle/rechtmatigheid) kunnen een gunstig gevolg hebben voor de andere component (concurrentie/doelmatigheid) en omgekeerd.

8.2. P.A.O.D. (chronische belemmering van de bloedstroom naar de benen)

Voor een omschrijving van P.A.O.D. en in het bijzonder claudicatio intermittens (P.A.O.D.2), rustpijn (P.A.O.D.3) en gangreen (P.A.O.D.4) wordt verwezen naar www.kwaliteitskoepel.nl respectievelijk de Zorginkoopgids: www.zn.nl. De richtlijn diagnostiek en behandeling van arterieel vaatlijden van de onderste extremiteit [bij P.A.O.D.] van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en de Nederlandse Vereniging voor Radiologie dateert uit april 2005. Hiernaast wordt verwezen naar de richtlijn claudicatio intermittens van het Koninklijk Genootschap voor fysiotherapie uit 2003.

De diagnoses waarom het specifiek gaat zijn:

Specialisme	Omschrijving	Diagnose	Omschrijving
0303	Heelkunde	418	claudicatio intermittens (P.A.O.D.2)
		419	rustpijn (P.A.O.D.3)
		420	gangreen (P.A.O.D.4)
0362	Radiologie	191	Arteria Femoralis Communis

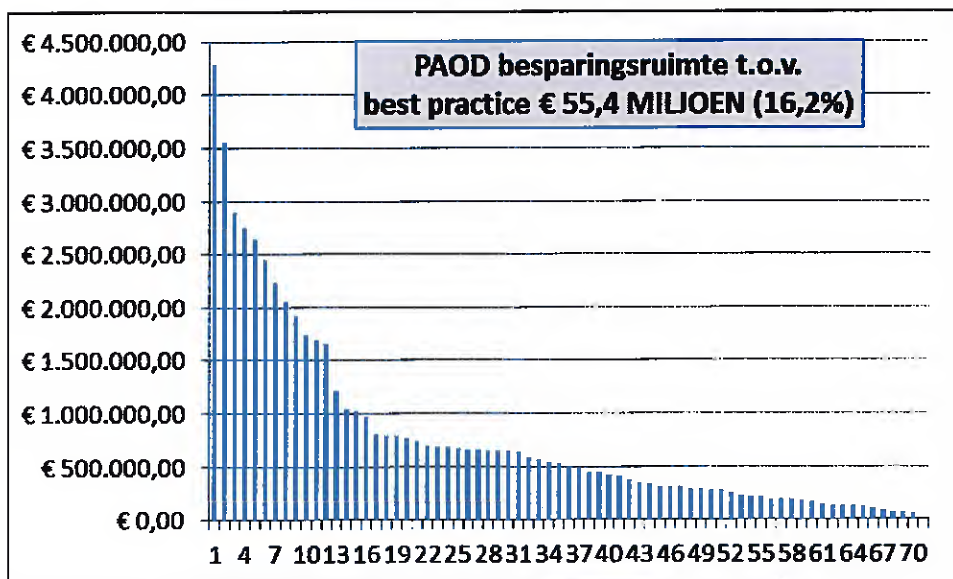
		192	Arteria Femoralis Superficialis
		193	Arteria Femoralis Profunda
		194	Arteria poplitea
		195	Onderbeen en voetarteriën
		196	Femoropoplitea traject
		197	Femoro-cruraal traject
		198	Femoropoplitea bypass
		199	Crurale bypass

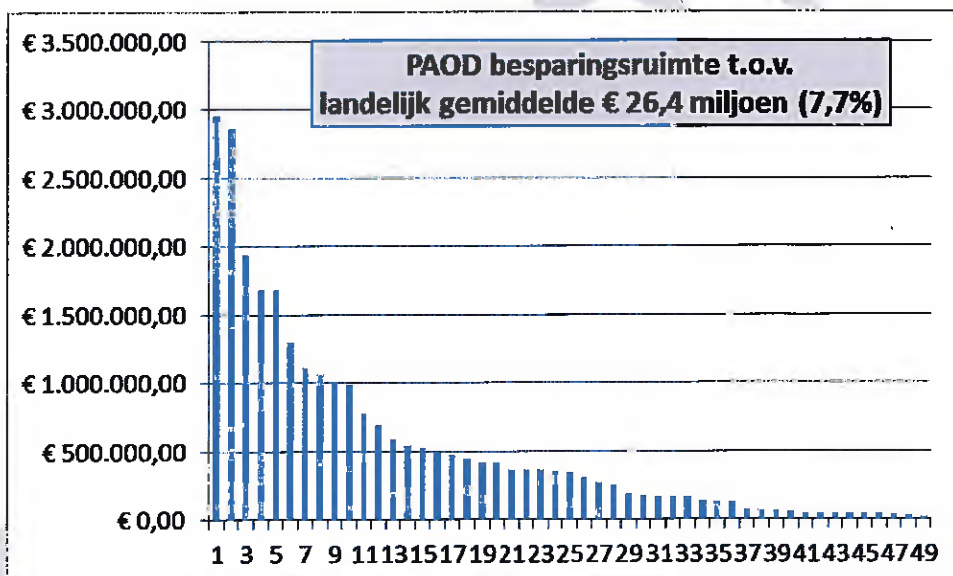
Bij de keuze van P.A.O.D. hebben de volgende specifieke overwegingen een rol gespeeld. Hoewel het volume relatief klein is, gaat het om dure behandelingen; grote praktijkvariatie is waargenomen[5], wat kan duiden op overbehandeling; een illustratie van knelpunten rondom indicatiestelling; voor deze behandeling bestaat alleen een indicatie als eerdere intensieve looptraining geen effect heeft gehad (stepped care principe). De voorliggende behandeling valt echter niet onder de basispolis. De kans op te vroeg schakelen naar de meer risicovolle behandeling en de duurdere behandeling door middel van dotter en stentprocedures is aanwezig.

De behandeling kan als volgt worden gekarakteriseerd.

P.A.O.D.		DBC-O	Vektis
Aantal patiënten	2009	11800	11645
Aantal DBC's[7]	2009	15400	15550
	Verzekerde zorg[9]	100%	100%
	Aanvullend		0%
Aantal instellingen	2009	91	92
	Academisch	9%	9%
	Algemeen	41%	40%
	Top	50%	51%
	ZBC's		
	Overig		
Prijs			
% verandering	2009/2008 (obv 82%)[10]		-1,3%
gemid prijs	2009		€ 9000
geschat gemid prijs	2010		€ 8900
Omzet			
% verandering	2009/2008 (obv 82%)		12%
% verandering	2009/2008 (obv 98%)		12%
% verandering	2010/2009 (obv 82%)		10%
gemid. Omzet	2009 (obv 82%)		113 mln
geschat gemid. Omzet	2010 (obv 82%)		126 mln

De hieronder opgenomen twee grafieken geven een indicatie van de "besparingsruimte" bij P.A.O.D. aan uitgaande van kostenafwijkingen per patiënt tussen ziekenhuizen over de jaren 2008 t/m 2010 op basis van historische DBC-declaraties en gecorrigeerd voor bestaande en algemeen bekende factoren zoals leeftijd, DKG en type instelling. Uitgegaan is van twee varianten. Zie voor verdere toelichting par.8.1.





8.3. Bovenooglid correcties

Voor een omschrijving van (boven)ooglid correcties wordt verwezen naar www.kwaliteitskoepel.nl respectievelijk de Zorginkoopgids: www.zn.nl. De richtlijn bovenoogleden van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie dateert van 2008.

De diagnoses waarom het specifiek gaat zijn:

Specialisme	Omschrijving	Diagnose	Omschrijving
0301	Oogheelkunde	251 (vanaf 2011)	ptosis verworven
		252 (vanaf 2011)	ptosis congenital[11]
		254 (tot 2011)	Ptosis

[11] Vanaf 2011 kan de zorgprofessional via de diagnosetypering aangegeven of er van een aangeboren afwijking sprake is (verzekerde zorg). Bij verworven ptosis moet de arts met een indicatie van medische noodzaak aangeven of er van (aanvullend) verzekerde zorg sprake is. In DOT kunnen beide diagnosen (aangeboren en verworven) naar hetzelfde DBC-zorgproduct afleiden.

		255	Dermatochalasis
0304	Plastische chirurgie	131	Blepharoplastiek, onder of boven enkel- of dubbelzijdig
		132	Blepharoplastiek, onder of boven
		133	Correctie ptosis palpebrae, levator platiek of frontalis suspensie
		125	Locale correctie ptosis wenkbrauwen

Bij de keuze van de invasieve behandeling van bovenooglid correcties hebben de volgende specifieke overwegingen een rol gespeeld. Het betreft, een klein aantal gevallen uitgezonderd, geen verzekerde zorg in het basispakket, afhankelijk van de polis is wel vergoeding mogelijk uit aanvullende verzekering; substitutiemogelijkheden bestaan in het bijzonder bij wenkbrauwcorrecties; plastische chirurgie versus oogheelkunde. Interessant om te bezien wat de relatie is tussen de wettelijke omschrijving en de DBC-systematiek.

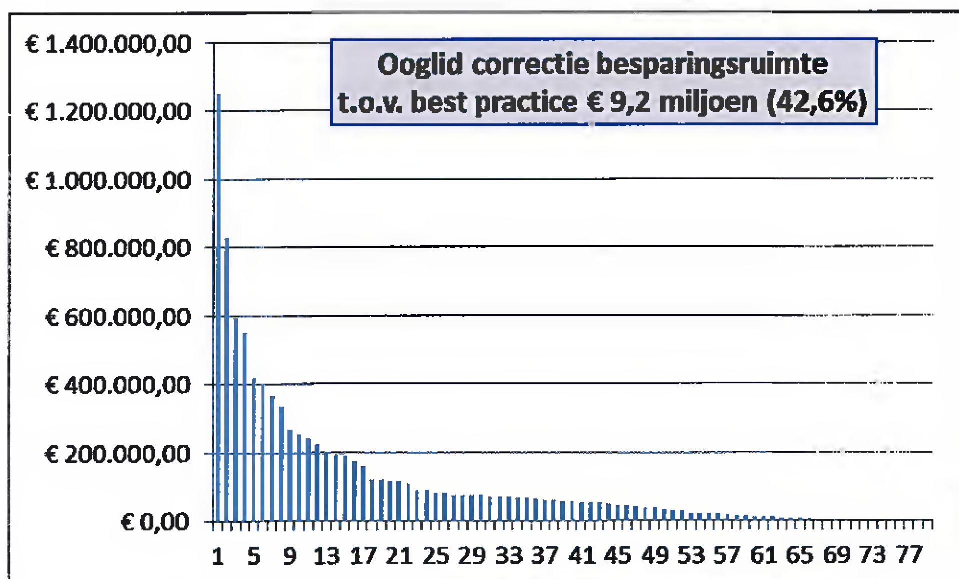
De behandeling kan als volgt worden gekarakteriseerd.

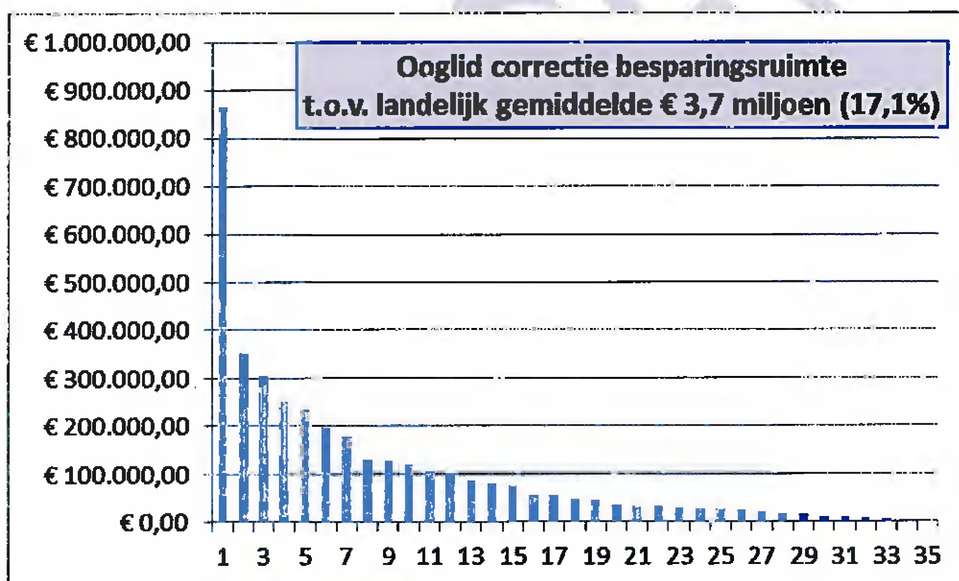
Bovenooglidcorrecties		DBC-O	Vektis
Aantal patiënten	2009	11100	7600
Aantal DBC's[7]	2009	12700	7950
	Verzekerde zorg[9]	44%	32%
	waarvan aanvullend		77%
Aantal instellingen	2009	119	133
	Academisch	8%	3%
	Algemeen	44%	41%
	Top	41%	39%
	ZBC's	7%	17%
	Overig		
Prijs			
% verandering	2009/2008 (obv 82%)[10]		-7,7%
gemid prijs	2009		€ 1280
geschat gemid prijs	2010		€ 1180
Omzet			
% verandering	2009/2008 (obv 82%)		9%
% verandering	2009/2008 (obv 98%)		-4%
% verandering	2010/2009 (obv 82%)		37%
gemid. Omzet	2009 (obv 82%)		7,5 mln
geschat gemid. Omzet	2010 (obv 82%)		10,3 mln

Specifieke opmerkingen bij bovenooglidcorrecties

- Hoewel bij de ooglidcorrecties geen onderscheid wordt gemaakt tussen boven- en onderooglidcorrecties komen in de praktijk onderooglidcorrecties zo goed als niet voor.
- Een verklaring voor het verschil in aantal DBC's tussen DIS en Vektis is niet gevonden. Mogelijk spelen correcties die pas na declaratie zijn aangebracht een rol, als deze niet naar DIS zijn gestuurd.
- In aanvulling op de tabel wordt opgemerkt, dat 60% van de 20500 ingrepen door plastisch chirurgen plaats vindt en 40% door oogartsen.
- De ontwikkeling van het aantal wenkbrauwcorrecties doet niet veronderstellen dat van substitutie tussen bovenooglid en wenkbrauwoperaties sprake is.

De hieronder opgenomen twee grafieken geven een indicatie van de "besparingsruimte" bij bovenooglidcorrecties aan uitgaande van kostenafwijkingen per patiënt tussen ziekenhuizen over de jaren 2008 t/m 2010 op basis van historische DBC-declaraties en gecorrigeerd voor bestaande en algemeen bekende factoren zoals leeftijd, DKG en type instelling. Uitgegaan is van twee varianten. Zie voor verdere toelichting par 8.1.





8.4. HNP (rughernia: Hernia Nuclei Pulposi)

Voor een omschrijving van HNP (rughernia: Hernia Nuclei Pulposi) wordt verwezen naar www.kwaliteitskoepel.nl respectievelijk de Zorginkoopgids: www.zn.nl. De richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie dateert uit 2008.

De diagnoses waarom het specifiek gaat zijn:

Specialisme	Omschrijving	Diagnose	Omschrijving
0308	neurochirurgie	2525	cervicale laterale of anterieure discectomie
		2527	cervicale laterale of anterieure

			discectomie wegens recidief
		2530	cervicale anterieure discectomie met spondylodese
		2535	cervicale foraminotomie (dorsaal) eventueel discotomie
		2510/2515	verruimende laminectomie (beperkt of uitgebreide)
		2550/2555	lumbosacrale disceotomie enkelv, meerv of bijz techn
		2560	operaties wegens recidief HNP lumbaal
		2565	uitgebreide decompressie met spondylodese en evt. instrumentatie hele wervelkolom (anders 2310)
		2505	HNP minimaal invasief
0305	Orthopedie	1220	thorale/lumbale wervelkolm – kanaal stenose
		1360	HNP: thoracale/lumbale wervelkolom
0330	Neurologie	1203	lumbosacraal radiculair syndroom/Hernia nuclei pulposi lumbaal

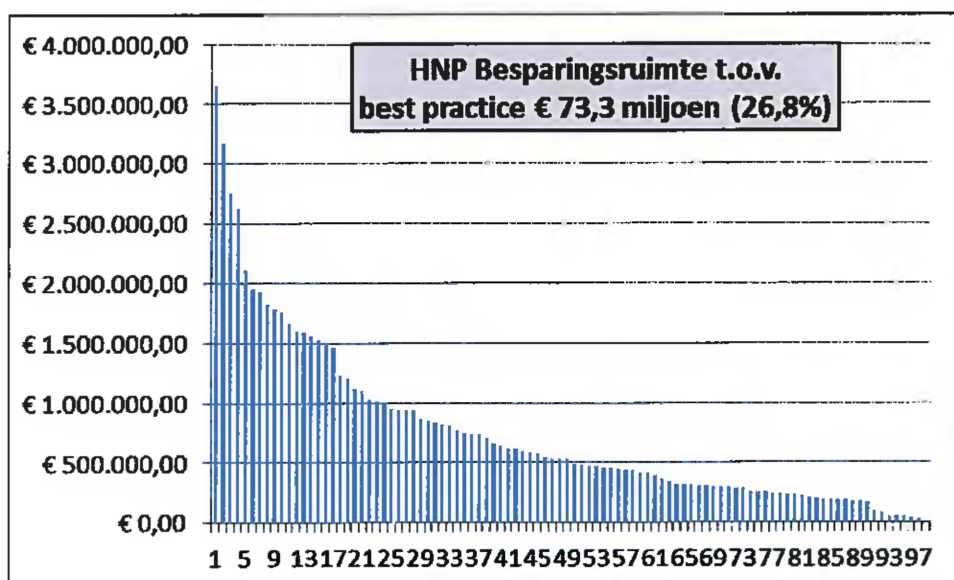
Bij de keuze van HNP hebben de volgende specifieke overwegingen een rol gespeeld. Groot volume; grote praktijkvariatie waargenomen[5], wat onder andere kan duiden op overbehandeling (naast verschillen in kostenpatronen); en aanzienlijke controleproblemen. Hiernaast blijkt uit onderzoek dat aanwijzingen voor overdeclaratie[6] bestaan.

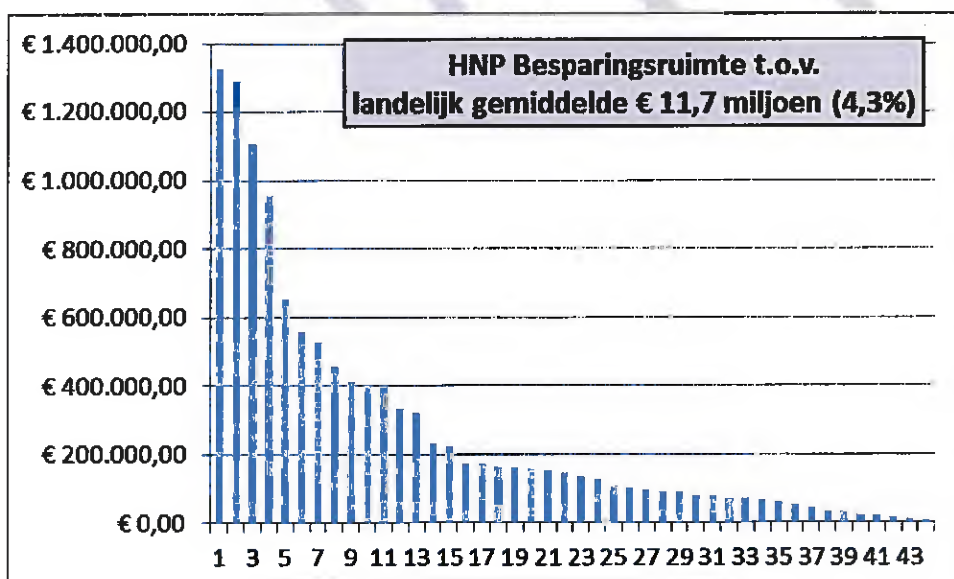
De behandeling kan als volgt worden gekarakteriseerd.

HNP		DBC-O	Vektis
Aantal patiënten	2009	19700	
Aantal operatieve DBC's[7]	2009	20000	
	Verzekerde zorg[9]	20000	
	Aanvullend	-	
Aantal instellingen	2009	75	
	Academisch	8%	
	Algemeen	30%	
	Top	60%	
	ZBC's	2%	
	Overig	-	
Prijs			
% verandering	2009/2008 (obv 82%)[10]		
gemid prijs	2009		
geschat gemid prijs	2010		
Omzet			
% verandering	2009/2008 (obv 82%)		
% verandering	2009/2008 (obv 98%)		
% verandering	2010/2009 (obv 82%)		
gemid. Omzet	2009 (obv 82%)		
geschat gemid. Omzet	2010 (obv 82%)		

Specifieke aandachtspunten bij HNP
- [Invullen]

De hieronder opgenomen twee grafieken geven een indicatie van de "besparingsruimte" bij HNP aan uitgaande van kostenafwijkingen per patiënt tussen ziekenhuizen over de jaren 2008 t/m 2010 op basis van historische DBC-declaraties en gecorrigeerd voor bestaande en algemeen bekende factoren zoals leeftijd, DKG en type instelling. Uitgegaan is van twee varianten. Zie voor verdere toelichting par. 8.1.





[**Actie: DBC-onderhoud ism Vektis:** graag data HNP aanvullen; zie hiervoor met betrekking tot varices, P.A.O.D. en bovenooglidcorrecties]

8.5. Behandelingen: Wat zijn aandachtspunten vanuit controleoptiek?
Wat zijn de aandachtspunten bij varices, P.A.O.D., bovenooglid correcties en HNP vanuit controleoptiek?

Algemeen

- Waar normen vanuit medisch perspectief passend zijn, blijkt dat niet altijd vanuit controleoptiek passend en transparant te zijn. Dat is wel belangrijk voor patiënt, zorgaanbieder, zorgverzekeraar, de accountant en de toezichthouder om de declaratie op waarde te kunnen schatten.
- Er bestaan geen systematische risicoanalyses en signaleringsmechanismen van risico's op landelijk niveau, terwijl op ziekenhuis- en zorgverzekeraarniveau genoegen moet worden genomen met beperktere mogelijkheden tot risicoanalyse vanwege kleinere populaties en minder kwaliteit van data.
- Wat patiënten voor eigen betalingen/rekening doen blijkt niet uit de gegevens van DBC-Onderhoud en Vektis; dat kan slechts uit de ziekenhuisadministraties worden gehaald. Hierdoor is de mogelijkheid tot controle beperkter.
- In de AO/IC (van de zorgaanbieder) wordt geen onderscheid gemaakt tussen verzekerde zorg (basispolis) en onverzekerde zorg (aanvullende polis).
- Het CVZ legt de aanspraak vast op zorgactiviteit niveau, meestal een ingreep. Het DBC-zorgproduct omvat echter meerdere zorgactiviteiten (consulten, diagnostiek). Strikt genomen zijn de consulten en diagnostiek wel onderdeel van het verzekerde pakket. Maar het DBC-zorgproduct wordt in zijn geheel aan de verzekeraar gedeclareerd. Er is als best practice afgesproken dat dan de gehele declaratie onder de niet-verzekerde zorg valt.

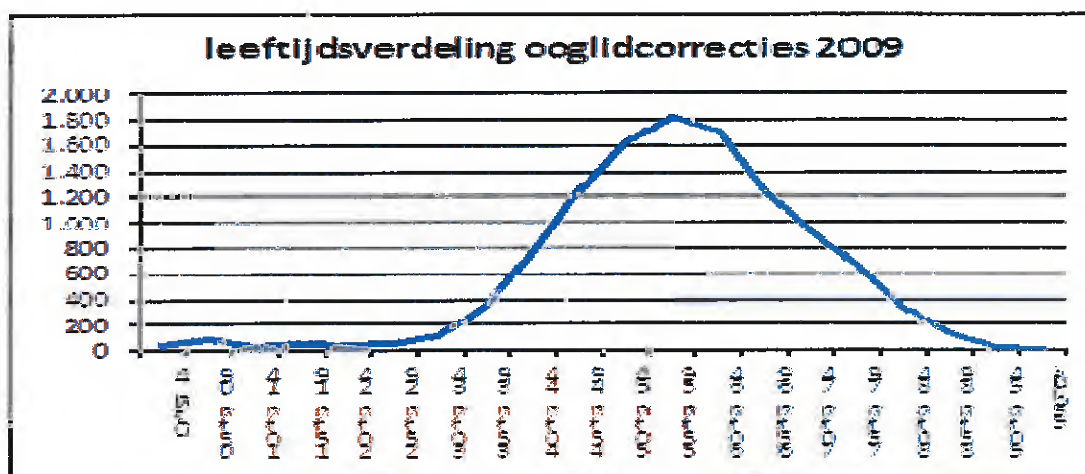
Specifieke aandachtspunten bij *varices* (zie paragraaf 8.1.)
- De data van DBC-Onderhoud en Vektis geven geen inzicht in het deel van de behandelingen dat buiten het collectief verzekerd pakket valt (: C0, C1 en C2), terwijl dat potentieel risicogevoelig is. Deze conclusie vloeit voort uit het feit dat de verzekerde zorg als 100% in de kolom "Vektis" staat opgenomen. De controle wordt bemoeilijkt omdat de zorgprofessional/zorgaanbieder niet hoeft te verklaren dat sprake is collectief verzekerde zorg of niet. De zorgverlener geeft wel de medische indicatie aan. Merk op dat de C2 in 2009 (het jaar waaruit de gegevens komen) nog niet als onverzekerde zorg gold.

Specifieke aandachtspunten bij *P.A.O.D.* (zie paragraaf 8.2.)
- Op basis van de desbetreffende richtlijn van de beroepsorganisatie geldt bij PAOD 1 het stepped care principe: eerst stoppen met roken en gesuperviseerde looptraining en dan opereren. Naar verwachting kan dit in circa 50% van de vaatreconstructie-operaties bij P.A.O.D. 1 vervangen.
- De bij DBC-Onderhoud en Vektis bekende data geven geen inzicht of en in hoeverre het stepped care principe is/wordt uitgevoerd. Dit bemoeilijkt de controle en vergroot de kans op praktijkvariatie.
- Uit onderzoek [] is gebleken dat 50 tot 60% van de patiënten fysiotherapie heeft gehad. Dat wil echter niet zeggen dat rest geen fysiotherapie heeft gehad. Dat kunnen ook patiënten betreffen die de fysiotherapie zelf hebben betaald, omdat fysiotherapie voorafgaand aan P.A.O.D. niet in de basisverzekering zit. Het ontbreken van deze data bemoeilijkt de controle. Bovendien gaan de data verloren bij het wisselen van zorgverzekeraar.
- Bij P.A.O.D. is het dus zo, dat volgens de richtlijn er eerst fysiotherapie moet worden gevolgd voordat men gaat opereren. De fysiotherapie is echter voor eigen rekening van de patiënt (tenzij aanvullende verzekering), de operatie niet. Dit kan leiden tot een verkeerde prikkel.

Specifieke aandachtspunten bij *bovenooglidcorrecties* (zie paragraaf 8.3.)
- Er is geen verklaring voor het feit dat het aantal DBC's in de kolom "Vektis" veel lager is dan in de kolom "DBC-O". Mogelijk speelt hier een rol dat de aanspraakcodering van de DBC na aanlevering aan DIS door de instelling nog is gewijzigd, maar dat dit niet opnieuw aan DIS is doorgegeven. Onbekend is hoeveel dit voorkomt, en of de declaratie dan vervolgens naar de verzekeraar of naar de patiënt wordt gestuurd.
- Het % verzekerde zorg komt als zeer hoog voor gelet op het feit dat alleen aangeboren afwijkingen voor verzekerde zorg in aanmerking komen gelet op de leeftijdsverdeling van ooglidcorrecties. De verklaring hiervoor zou overigens kunnen zijn dat een bovenooglidcorrectie

op basis van een fors huidoverschot (= dermatochalazis of blepharochlazis) onderdeel van de verzekerde zorg uit de aanvullende verzekering is, waarbij de verzekeraar zelf de criteria definieert. Het betreft dan geen aangeboren afwijking en sceening op leeftijd zal dan niets opleveren. Alleen code 133 betreft de correctie van een aangeboren afwijking waarbij de ooglidrand zelf te laag staat (= ptosis).

- De meeste indicaties zijn doorgaans aanleiding voor een operatie beneden de leeftijd van 6 jaar. Er zijn enkele aangeboren afwijkingen die zich pas op latere leeftijd (boven 20 jaar) ontwikkelen. Controle zou kunnen plaatsvinden via leeftijdsbeoordelingen; leeftijdsbeoordelingen door zorgverzekeraars hebben evenwel nog niet plaatsgevonden.



Specifieke aandachtspunten bij *HNP* (zie paragraaf 8.4.)

- In professionele richtlijnen worden indicaties voor diagnostiek en behandeling beschreven, maar die indicaties worden er op de declaraties niet bijgeleverd. Bij rughernia is er bijvoorbeeld een indicatie voor een operatieve behandeling als de klachten na zes weken niet spontaan of met conservatieve behandeling zijn verminderd of verdwenen. Dus je zou moeten kunnen zien dat iemand op het moment van de operatie al minimaal zes weken voor rughernia in behandeling was. Aangezien die behandeling geheel of gedeeltelijk door de huisarts is uitgevoerd en de declaratie geen zorgactiviteiten vermeldt, kunnen zorgverzekeraars dat niet aan declaratie-informatie zien.

9. *De Zorgverzekeringswet*

In artikel 11 van de Zvw is geregeld in welke prestaties een zorgverzekering dient te voorzien. Ook is in dit artikel de verplichting van de zorgverzekeraars vastgelegd om de te verzekeren prestaties in de zorgverzekering/polis op te nemen en te vertalen naar verzekerde prestaties. De verzekerde ontleent zijn recht op verzekerde zorg of recht op vergoeding van de kosten van zorg aan de zorgverzekeringsovereenkomst (de polis) die hij met een zorgverzekeraar heeft gesloten. Welke zorg dat is, is geregeld in het Besluit zorgverzekering (Bzv). De volgende te verzekeren prestaties zijn opgenomen in de artikelen 2.4 tot en met 2.15: geneeskundige zorg (waaronder begrepen huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg, verloskundige zorg, paramedische zorg en op genezing gerichte GGZ), mondzorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg, verpleging, verzorging (waaronder begrepen kraamzorg), verblijf en vervoer. Sommige van deze zorgvormen zijn in meer algemene termen beschreven, zoals huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg. Andere zorgvormen zijn meer in detail geregeld, en soms is sprake van een limitatieve opsomming.

Met de invoering van de Zvw is er voor gekozen om de te verzekeren prestaties – de prestaties die zorgverzekeraars in hun modelpolissen moeten vertalen naar verzekerde prestaties – functioneel te omschrijven. Alleen het wat (de inhoud en omvang van de zorg) en het wanneer (de indicatiegebieden) zijn in de regelgeving opgenomen. Wie de zorg verleent en waar de zorg

wordt verleend, is ter bepaling van de zorgverzekeraars. Voor sommige zorgvormen (die meer in algemene termen worden beschreven) is dit in de wet vormgegeven door te verwijzen naar bepaalde typen zorgverleners in combinatie met de term 'plegen te bieden'. Door te verwijzen naar bepaalde typen zorgverleners ('zorg zoals die en die zorgverleners die plegen te bieden') worden de inhoud en omvang van de zorg geconcretiseerd. Anderzijds wordt door de gekozen formulering niet dwingend voorgeschreven door welk type zorgverlener de zorg verleend moet worden wil er sprake zijn van een te verzekeren prestatie.

Op grond van artikel 16 van de Wet marktordening gezondheidszorg is de NZa belast met het toezicht op de rechtmatige uitvoering door zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zvw is geregeld.

10. Pakketbeheer CVZ

10.1. Pakketbeheer CVZ: Het proces

Het CVZ adviseert VWS over het verzekerde pakket. VWS stelt het pakket vast. De *Zvw* geeft aan op welke medisch noodzakelijke zorg iemand recht heeft. Vertrekpunt van het pakketbeheer vormt de omschrijving van de 'te verzekeren prestaties', zoals deze in de Zvw zijn vastgelegd. De polis van de verzekeraar vertaalt deze 'te verzekeren prestaties' naar 'verzekerde prestaties', die aangeven op welke zorg, waar en bij wie recht bestaat. Het CVZ toetst of een bepaalde zorgvoorziening voldoet aan de wettelijke criteria en dus tot de te verzekeren prestaties kan worden gerekend. Ter verduidelijking van het verzekerde pakket kiest het CVZ zelf pakketonderdelen waarover het belangrijk wordt gevonden uitleg te geven. Hiernaast geeft het CVZ uitleg van de aard, inhoud en omvang van de collectief verzekerde zorg naar aanleiding van bijvoorbeeld vragen van zorgaanbieders of zorgverzekeraars of een geschil tussen zorgverzekeraars en verzekerden. Over het pakketbeheer in de praktijk heeft het CVZ de volgende rapporten uitgebracht: 'Pakketbeheer in de praktijk' van 21 december 2006 (publicatienummer 245) en 'Pakketbeheer in de Praktijk 2' van 2 juni 2009: zie www.cvz.nl/publicaties/rapporten. Bij zijn taken overlegt het CVZ met onder andere de beroepsverenigingen, de NVZ, DBC-onderhoud, ZN en de NZa. DBC-onderhoud verwerkt in de prestatiebeschrijving of het om verzekerde of onverzekerde zorg gaat of onder voorwaarden verzekerd.

10.2. Pakketbeheer CVZ: Wat behoort tot het verzekerd pakket?

Een behandeling moet in het algemeen effectief zijn (stand van wetenschap en praktijk), maar daarnaast moet de verzekerde ook een indicatie hebben voor de behandeling (medische noodzaak). De vier behandelingen hebben alle vier betrekking op het indicatiebereik. Hierna zullen we per onderwerp aangeven bij welke indicaties de behandeling te verzekeren zorg is en op welke manier de benodigde informatie verkregen kan worden.

10.2.1. Pakketbeheer CVZ: Varices (spataderen)

Het betreft invasieve behandelingen van varices, die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Varices operaties worden zowel vanwege cosmetische redenen gedaan als vanwege een medische noodzaak. Bij cosmetische behandelingen is geen sprake van een medische behoefte aan zorg, ze zijn in de Zvw daarom ook van vergoeding uitgesloten.
Bij varices geldt dus een extra controle voor de vraag welke behandelingen rechtmatige ten laste van het basispakket gebracht mogen worden.

10.2.1.1. Pakketbeheer CVZ: Wettelijke regels

- Artikel 10 Zvw: Geneeskundige zorg
- Artikel 2.4, eerste lid, Bzv: geneeskundige zorg omvat zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.
- Artikel 2.1, lid 2, Bzv: de zorg voldoen aan de stand der wetenschap en praktijk

- Artikel 2.1, lid 3 Bzv : verzekerden hebben alleen recht op vergoeding als ze daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg zijn aangewezen
- Artikel 2.4, lid 1, onder b, Bzv: Behandelingen van plastisch-chirurgische aard behoren slechts onder bepaalde voorwaarden tot de te verzekeren prestaties van de Zwv, namelijk indien de plastisch-chirurgische behandeling strekt tot correctie van:
  - afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
  - verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.

10.2.1.2. Pakketbeheer CVZ: Standpunt

Het CVZ heeft op basis van richtlijnen en medische literatuur de afbakening tussen medisch noodzakelijke en cosmetische varicesbehandelingen vastgesteld. Het standpunt van het CVZ luidt als volgt:

- Invasieve behandeling van C3, C4, C5 en C6 varices behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet. Bij die indicaties staat de medische noodzaak voor invasieve behandeling niet ter discussie;
- Invasieve behandeling van C0, C1 en C2 varices behoort niet tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet. Van een medische noodzaak voor behandeling is niet (C0, C1) resp. onvoldoende (C2) gebleken. C0, C1 en C2 varices veroorzaken ook geen ernstige bewegingsbeperking ('lichamelijke functiestoornis'); evenmin kunnen zij als een ernstige misvorming ('verminking') worden aangeduid. Verder is psychisch lijden als mogelijk gevolg van (ervaren) ontsiering van het been/de benen, geen grond voor vergoeding van invasieve behandeling van varices vanuit de basisverzekering. Invasieve behandeling van C0, C1 en C2 varices valt niet onder de dekking van de Zorgverzekeringswet en krijgt in het kader van die wet het predicaat 'cosmetisch'.

Bron: Rapport CVZ: Varices: medisch noodzakelijke versus cosmetische behandelingen, Datum: 25 maart 2011 (2010112726 (zaaknummer 2010024825))

10.2.1.3. Pakketbeheer CVZ: Uitvoering

- Er is sprake van een algemene indicatiebeperking
- Om te weten of een varices behandeling op grond van het basispakket gedeclareerd kan worden, moet bekend zijn of er sprake is van C3, C4, C5 of C6 varices.
- Deze informatie is persoongebonden. Er zal dus op de een of andere manier over gerapporteerd moeten worden ofwel door de verzekerde ofwel door de zorgverlener.

10.2.2. Pakketbeheer CVZ: P.A.O.D. (chronische belemmering van de bloedstroom naar de benen)

Peripheral artery occlusive disease (P.A.O.D.) is een aandoening, die zowel invasief als conservatief behandeld kan worden. Er is recente literatuur over stepped care: looptraining verlicht klachten en zou eerst moeten worden ingezet voordat invasief ingrijpen aan de orde is. Er zijn signalen dat er mogelijk te snel wordt ingegrepen. Het gaat dan dotter- en stentprocedures uitgevoerd door interventieradiologen.
Vanuit verzekeringsoogpunt speelt hier de vraag of een verzekerde al redelijkerwijs is aangewezen op de invasieve behandeling. Het behandeltraject zal dus inzichtelijk moeten zijn.

Standpunt: geen eerdere duiding

10.2.3. Pakketbeheer CVZ: Bovenooglidcorrecties

Er bestaat geen aanspraak op behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Het betreft invasieve behandeling van bovenoogleden. Bovenooglidcorrecties worden doorgaans alleen maar vanwege cosmetische redenen gedaan. In een klein aantal gevallen kan wel gesproken worden van een medische noodzaak. Bij cosmetische

behandelingen is geen sprake van een behoefte aan zorg, ze zijn in de Zvw daarom ook van vergoeding uitgesloten. Bij bovenooglidcorrecties geldt daarom een extra controle voor de vraag of de behandelingen niet ten laste van het basispakket gebracht worden. Daarnaast kunnen wenkbrauwliften ook een gezichtsveldbeperking opheffen. Controle op substitutie lijkt aangewezen.

10.2.3.1. Pakketbeheer CVZ: Wettelijke regels

- Artikel 10 Zvw: Geneeskundige zorg
- Artikel 2.4, eerste lid, Bzv: geneeskundige zorg omvat zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.
- Artikel 2.1, lid 2, Bzv: de zorg voldoen aan de stand der wetenschap en praktijk
- Artikel 2.1, lid 3, Bzv : verzekerden hebben alleen recht op vergoeding als ze daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg zijn aangewezen
- Artikel 2.1 Rvz: Geneeskundige zorg omvat niet:
  - behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

10.2.3.2. Pakketbeheer CVZ: Standpunt

Voorbeeld van een dergelijke aangeboren afwijking is het BPES-syndroom, die een dusdanige verslapping van de bovenoogleden tot gevolg kan hebben dat het gezichtsveld van jonge kinderen ernstig kan worden beperkt. Kinderen met zulke aangeboren afwijkingen aan de oogleden hebben op dat moment nog niet in alle gevallen een gezichtbeperking maar krijgen die wel door de afwijking.
Werkwijzer: De VAGZ heeft in november 2010 De "Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard" vastgesteld. Daarin staat:

"Bovenooglidcorrecties

Behandelingen van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening zijn met ingang van 1 januari 2005 uitgesloten van verzekerde zorg. Dit behoort dus ook niet tot de aanspraak in geval van verminking of aantoonbare functiestoornis.

Indien er sprake is van behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening dan komt deze behandeling voor vergoeding in aanmerking. Er hoeft daarbij geen sprake te zijn van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Er geldt echter wel dat men er redelijkerwijs op aangewezen dient te zijn."

10.2.3.3. Pakketbeheer CVZ: Uitvoering

- Er is sprake van een algemene uitsluiting. Slechts voor twee situaties geldt een uitzondering
- De uitzondering is zeldzaam, de arts kan hierover informatie verschaffen
- Het risico van substitutie naar wenkbrauwliften is aanwezig.

10.2.4. Pakketbeheer CVZ: HNP (rughernia: Hernia Nuclei Pulposi)

10.2.4.1. Pakketbeheer CVZ: Wettelijke regels

- Artikel 10 Zvw: Geneeskundige zorg
- Artikel 2.4, eerste lid, Bzv: geneeskundige zorg omvat zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.
- Artikel 2.1, lid 2, Bzv: de zorg voldoen aan de stand der wetenschap en praktijk
- Artikel 2.1, lid 3, Bzv: verzekerden hebben alleen recht op vergoeding als ze daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg zijn aangewezen

10.2.4.2. Pakketbeheer CVZ: Standpunt

Het CVZ heeft een aantal standpunten uitgebracht over behandelmethoden van lumbale hernia's[12]. Deze verklaren echter niet de waargenomen praktijkvariatie.

10.2.4.3. Pakketbeheer CVZ: Uitvoering

De regelgeving voor de hernia operaties is een open omschrijving zonder verdere wettelijke restricties. De juistheid van de indicatiestelling (conform de richtlijnen) kan alleen op basis van de dossiergegevens vastgesteld worden. In de praktijk blijken er verschillende methoden te zijn om een hernia operatie uit te voeren. Sommige ziekenhuizen trekken door speciale verwijzingen en mond op mond reclame meer patiënten uit het hele land.

In het rapport Rapportage indicatoren indicatiestelling (praktijkvariatie) over 2009[13] blijkt dat de praktijkvariatie voor HNP groter is dan voor de overige aandoeningen (de gecorrigeerde p75 waarde op regionaal niveau is 63% groter dan de gecorrigeerde p25 waarde).
De verschillen zijn niet te verklaren zijn op basis van leeftijd of sociaaleconomische status.

10.3. Pakketbeheer CVZ: Wat zijn interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek?

- De ronde tafelgesprekken over gepast gebruik. De ronde tafel heeft een aantal projecten gedefinieerd, waarin gepast gebruik van zorg bevorderd wordt, belemmeringen geïdentificeerd en opgelost worden. Richtlijn conform handelen wordt zodoende via een scala aan interventies gestimuleerd en ondersteund.
- De ontwikkeling van het CVZ tot kwaliteitsinstituut. Het stimuleren van kwaliteit van zorg heeft veel parallellen met het verzekerde pakket. Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid komen daarbij samen.

10.4. Pakketbeheer CVZ: Wat zijn aandachtspunten vanuit controleoptiek?

Wat zijn de aandachtspunten bij varices, P.A.O.D., bovenooglid correcties en HNP vanuit controleoptiek?

- Zijn de duidingen slechts op één wijze uitlegbaar? In de mate dat dat niet het geval is bemoeilijkt dat de controle. Een duiding van het CVZ geldt in de rechtspraak als een zwaar wegend deskundig advies, dat door de rechter marginaal getoetst wordt.
- Hoe is georganiseerd dat duidelijkheid bestaat over het verzekerd pakket bij de zorgaanbieders, zorgprofessionals en de zorgverzekeraars? Alle uitspraken worden gepubliceerd op de website van het CVZ en gepubliceerd in een Nieuwsbrief, waarop alle zorgverzekeraars geabonneerd zijn. De uitspraken worden verzonden naar de relevante wetenschappelijke verenigingen in de veronderstelling dat zij voor verdere verspreiding zorg dragen (zie 12.4). Aandachtspunt hierbij is dat uitspraken van het CVZ (met terugwerkende kracht) operationele gevolgen kunnen hebben voor veldpartijen die moeilijk uitvoerbaar zijn.
- Hoe worden risicovelden bepaald en hoe wordt ermee omgegaan? Het CVZ kan niet alle zorginterventies beoordelen. Op basis van signalen uit het veld (geschillen, vragen, wijzigingen in richtlijnen) en kostenontwikkelingen bepaalt het CVZ welke aandoeningen of interventies onderzocht worden (risicogericht pakketbeheer).
- Worden beleidswijzigingen gemonitord? Bijvoorbeeld de uitbreiding van de varices behandelingen in 2011 die niet meer tot het verzekerde pakket behoren met C2? Het CVZ volgt af en toe bepaalde onderwerpen waarover het geadviseerd heeft, maar doet dit niet structureel.

12

- Endoscopische transforaminale benadering van lumbale hernia en minimaal invasieve benadering van wervelkanaalstenose is geen te verzekeren prestatie. Datum:10 oktober 2006
- Percutane transforaminale endoscopische discectomie bij lumbale hernia is niet conform de stand van wetensdchap en praktijk. Datum: 10 juli 2008
- Percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED) nog steeds niet conform stand van wetenschap en praktijk. Datum: 15 oktober 2010

13 Tot stand gekomen in opdracht en onder eindverantwoordelijkheid van Zorgverzekeraars Nederland

- Niet in alle gevallen vinden duidingen door het CVZ plaats; zonder duidingen geldt bij twijfel: de verzekeraar bepaalt het zelf.
- Zorgverleners en zorgaanbieders delen niet altijd de duidingen van het CVZ, bijvoorbeeld bij varices en bovenooglidcorrecties.

11. Prestatiebeschrijving

11.1. Prestatiebeschrijving: Het proces

In de productstructuur[14] zijn, op basis van de diagnose en behandeling, DBC-zorgproducten gedefinieerd. De beslisregels in de productstructuur zorgen ervoor, dat (medisch inhoudelijk en kostentechnisch) vergelijkbare zorg bij een gelijke aandoening, tot hetzelfde DBC-zorgproduct leidt. DBC-Onderhoud is verantwoordelijk voor een goed werkende, up to date productstructuur. De productstructuur komt tot stand in nauwe samenwerking tussen DBC-Onderhoud, NZa, brancheverenigingen en wetenschappelijke verenigingen.
Een beperkt aantal relatief dure zorgactiviteiten, met name intensive care en dure geneesmiddelen, blijft buiten het zorgproduct en wordt apart gedeclareerd. Dit worden de add-ons genoemd.

Circa 70% van de tweedelijns zorg valt vanaf 2012 in het vrije segment, waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de prijs van de DBC-zorgproducten onderhandelen. Voor zeer gespecialiseerde en dure zorg is de markt gereguleerd en gelden vaste tarieven. De honoraria van de medisch specialisten zijn (muv ondersteunend specialisten), voor zowel vrij als gereguleerd segment, gemaximeerd.

11.2. Prestatiebeschrijving: de DBC-zorgproducten

11.2.1. Varices (spataderen)

Varices bevindt zich in het vrije segment. Behandeling van varices valt binnen DOT onder de DBC-zorgproductgroep 099799 'Hart en vaatstelsel – ziekten venen/lymfevaten/lymfeklieren niet elders geclassificeerd'. Afhankelijk van de uitgevoerde zorgactiviteiten wordt één van de DBC-zorgproducten uit deze DBC-zorgproductgroep afgeleid [zie NZa beleidsregel BR/CU-2045].

Zorgproductcode	Omschrijving
99799006	Varices, Varicesoperatie zwaar = 1
99799007	Varices, Varicesoperatie zwaar >1
99799012	Varices, Laserbehandeling
99799017	Varices, Varicesoperatie middel=1
99799018	Varices, Varicesoperatie middel >1
99799026	Varices, Scleroseren varices licht

Elk van deze DBC-zorgproducten heeft een aanspraakbeperking[15], op grond van de ingrepen die leidt tot het DBC-zorgproduct. Als voor één of meerdere zorgactiviteiten een aanspraakbeperking geldt, wordt gekeken naar de aanwezigheid van een medische indicatie.

11.2.2. P.A.O.D. (chronische belemmering van de bloedstroom naar de benen)

---

[14] Zie NZa: http://www.nza.nl/98174/149057/DBC-zorgproducten_en_overige_producten_-_tarieventabel_NZa.xls of DBC-onderhoud: http://www.dbconderhoud.nl/index.php?option=com_docman&Itemid=404

[15] In de release van november 2011 zat dit nog niet goed; dit wordt zo spoedig mogelijk (01-05-2012) met terugwerkende kracht vanaf 01-01-2012 hersteld.

P.A.O.D. bevindt zich in het vrije segment. PAOD valt binnen DOT onder de DBC-zorgproductgroep 099699 'Hart en vaatstelsel – ziekten arteriën/arteriolen/capillairen (incl. precerebrale arteriën)'. Afhankelijk van de uitgevoerde zorgactiviteiten wordt één van de DBC-zorgproducten uit deze DBC-zorgproductgroep afgeleid [zie NZa beleidsregel BR/CU-2045].

Zorgproductcode	Omschrijving
99699015	PAOD, Amputatie/ oper bot zwaar, Zonder VPLD
99699016	PAOD, Amputatie/ oper bot zwaar, Met VPLD
99699040	PAOD, Oper huid/ weke delen zwaar/ middel, Zonder VPLD
99699041	PAOD, Oper huid/ weke delen zwaar/ middel, Met VPLD
99699044	PAOD, Amputatie/ oper bot middel, Zonder VPLD
99699045	PAOD, Amputatie/ oper bot middel, Met VPLD
99699004	PAOD, Oper perifere vaten zeer zwaar/ endovasculaire stent, Zonder VPLD
99699098	PAOD 2/PAOD arm, Oper perifere vaten zeer zwaar/ endovasculaire stent, Met VPLD
99699099	PAOD 3, Oper perifere vaten zeer zwaar/ endovasculaire stent, Met VPLD
99699100	PAOD 4, Oper perifere vaten zeer zwaar/ endovasculaire stent, Met VPLD

DBC-zorgproducten 040 en 041 kennen een aanspraak beperking, omdat een aantal plastisch chirurgische ingrepen hier naar afleiden. De rest valt onder verzekerde zorg.

11.2.3. Bovenooglid correcties

Ooglidcorrecties bevinden zich met betrekking tot de oogheelkundige behandelingen in het vrije segment. Ooglidcorrecties valt binnen DOT onder de DBC-zorgproductgroep 990004 'Plastische chirurgie' (indien uitgevoerd door de plastisch chirurg) of onder de DBC-zorgproductgroep 079999 'Aandoeningen ooglid/traanapparaat/orbita (incl congenitaal / incl orbitatumor)' (indien uitgevoerd door de oogarts). Afhankelijk van de uitgevoerde zorgactiviteiten wordt één van de DBC-zorgproducten uit deze DBC-zorgproductgroepen afgeleid [zie NZa beleidsregel BR/CU-2045].

Zorgproductcode	Omschrijving
79999017	Operatie ooglid middel
79999019	Operatie ooglid zwaar (incl congenitaal)
990004072	Blepharoplastiek
990004064	Ptosis wenkbrauwen / oogleden / implantatie

Elk van de onderliggende zorgactiviteiten kent een aanspraakbeperking.

11.2.4. HNP (rughernia: Hernia Nuclei Pulposi)

HNP bevindt zich in het vrije segment. De diagnose HNP komt bij drie specialismen voor: neurologie (330), orthopedie (305) en neurochirurgie (308). In DOT valt dit in de DBC-zorgproductgroep 131999 Botspierstelsel-bindweefsel/Letsel – Ziekten botspierstelsel/bindweefsel en late gevolgen/vroege complexe trauma[16].

[16] De diagnose komt ook voor in twee andere zorgproductgroepen, die we hier buiten beschouwing zullen laten: 182199 Symptomen / ov contacten (alleen conservatieve producten) en 990030: kinderneurologie (alleen diagnose 1211 spinale stenose komt hierin voor).

[Zorgproducten volgen nog.]

11.3. Prestatiebeschrijving NZa: Wat zijn de interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek?

- Met de invoering van het DOT-systeem is het risico van upcoding (omdat bij een bepaald verrichtingenpatroon nog maar één DBC-zorgproduct hoort) en overdeclaratie (omdat zorgverleners niet zelf meer een DBC kunnen sluiten en een nieuwe openen voor dezelfde zorgvraag) verminderd.
- De NZa heeft in jan 2012 een project "Perverse prikkels DOT" opgestart om de risico´s op onbedoelde prikkels verder te inventariseren en om zonodig de DOT-systematiek te verbeteren. De komende jaren zal de DOT-systematiek nog verder worden verbeterd. De NZa heeft de verbeterpunten gepubliceerd in de Doorontwikkelagenda DOT Eén van de verbeterpunten is de aanpak van onbedoelde prikkels, omdat ook binnen DOT nog risico's hierop resteren. De risico´s zijn in 2011 al enigszins in kaart gebracht.

11.4. Prestatiebeschrijving: Wat zijn de aandachtspunten vanuit controleoptiek?
Wat zijn de aandachtspunten bij varices, P.A.O.D., bovenooglid correcties en HNP vanuit controleoptiek?

- Hoe is verzekerd dat het (collectief) verzekerd pakket adequaat in DBC-zorgproducten is/wordt vertaald? Op onderdelen wijkt het DBC-zorgproduct af van de aanspraak onder de Zvw.
- Hoe wordt omgegaan met de "stand van de wetenschap en de praktijk" en "redelijkerwijs aangewezen"? De stepped care benadering op basis van de richtlijn voor P.A.O.D. leidt in ieder geval niet tot een beperking in het kader van Grouper.
- Hoe is de communicatie rondom de DBC-zorgproducten georganiseerd?
- Hoe worden risicovelden bepaald en hoe wordt hiermee omgegaan?
- DBC-zorgproducten zijn niet op specialistenniveau herleidbaar, wat de mogelijkheden tot benchmarking beperkt tot het niveau van specialismen en ziekenhuizen. Dat beperkt weer de opstelling van adequate risicoanalyses en daarmee de controle.
- Door aanpassing van onder andere het aantal zorgactiviteiten (of een onvolledige zorgactiviteit als zorgactiviteit aan te merken) respectievelijk door een andere diagnose (of een onvolledige diagnose als diagnose) te benoemen blijft upcoding respectievelijk overdeclaratie mogelijk. Hiernaast is het in de sfeer van upcoding denkbaar dat zorgactiviteiten selectief aan de Grouper worden aangeboden. Voorts nodigen prijsverschillen tussen DBC-zorgproducten bijvoorbeeld met en zonder verpleegdagen uit tot het opkrikken van de zorgzwaarte (een cataract operatie zonder verpleegdag levert € 990 op en met verpleegdagen € 1700 of een dialyse zonder klinische opname kost circa € 1390 en met verpleegdagen circa € 3890.
- Zie ook paragraaf 13.4.

12. Het 1e deel van controleproces bij de zorgverlener/zorgaanbieders: de registratie en de aanlevering van gegevens aan Grouper

12.1. Het 1e deel van het controleproces bij de zorgaanbieders
Blijkens de Nadere Regel NR /CU-209[17] van de NZa gelden de volgende algemene bepalingen. De registratie van het zorgtraject start op het moment dat een patiënt zich met een nieuwe zorgvraag bij de medisch specialist meldt of dat een onderzoek plaatsvindt voorafgaand aan het consult. De medisch specialist opent een zorgtraject en registreert de patiënt. Wanneer er bij de behandeling van de zorgvraag van de patiënt meer specialismen zijn betrokken als

[17] De nadere regels beschrijven de verplichtingen die op zorgaanbieders en zorgverzekeraars rusten. Wat betreft de medisch specialistische zorg betreft dit per 2012 de nadere regel 'Regeling medisch specialistische zorg' NR/CU-209.

hoofdbehandelaar, opent elk specialisme waarvoor sprake is van een eigen zorgvraag, diagnosestelling en behandeling, een eigen zorgtraject. De daadwerkelijke verleende zorg conform de geldende richtlijnen van de beroepsgroepen wordt vastgelegd in door de NZa vastgestelde zorgactiviteiten. Indien meerdere specialismen bijdragen aan het uitvoeren van één unieke zorgactiviteit, mag deze zorgactiviteit slechts eenmaal voor de afleiding van een DBC-zorgproduct worden benut.

De specialist is verantwoordelijk voor de juiste registratie van het zorgtype, de zorgvraag en de diagnose volgens de door de NZa vastgestelde typeringslijsten. De administratieve organisatie dient zodanig ingericht te zijn dat een audit-trail mogelijk is. De zorgautoriteit en de zorgverzekeraar moeten te allen tijde de mogelijkheid hebben om typeringen en vastlegging van de uitgevoerde zorgactiviteiten op juistheid te controleren. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de zorgactiviteiten die aan een grouper wordt aangeboden (naast de andere data elementen) uitsluitend die zorgactiviteiten bevat die zijn uitgevoerd ter beantwoording van de zorgvraag waarop het subtraject betrekking heeft. De zorgaanbieder levert via internet geanonimiseerde gegevens aan de grouper.

Artikel 36 van de Wmg verplicht tot het voeren van een deugdelijke administratie. Ter vervanging van de de Kaderregeling AO/IC van de NZa hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars besloten de regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake registratie en facturering van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten en DBC's met ingang van 2012 van kracht te laten zijn. Inhoudelijk komt de regeling overeen met de voorafgaande regeling, waar nodig aangepast aan de specifieke situatie van DOT.

Het controleproces is normaliter organisatorisch ingebed bij de raad van commissarissen, de raad van bestuur , het risicomanagement en de auditfunctie. KPMG merkt hierover op in het rapport KPMG gezondheidszorg inzake "Bestuur en toezicht lopen risico's, integraal risicomanagement nog niet volwassen", 2011. ...."Het overall beeld van de risico-organisatie binnen zorginstellingen is [] dat er een te hoog vertrouwen is in slechts één verdedigingslinie [uit het three Lines of "defence"-model voor de inrichting van de risicomanagementfunctie: 1e linie: operatie& management (risico-eigenaarschap), 2e linie:staffunctie (risico-control) en 3e linie: auditfunctie (risico-assurance)], dat deze linie versnipperd is over diverse units en dat het bestuur beperkt grip heeft op de effectiviteit van deze [eerste] linie. Gegeven de complexiteit en risico's kunnen bestuurders zich dit niet veroorloven. Ook het ontbreken van onafhankelijke informatie over de robuustheid van het interne risicobeheersings- en controlesysteem is zorgelijk. Bestuurders hebben daarmee niet de mogelijkheid om eigenstandig, en vanuit één organisatiedivisie, te sturen. Voor de zorgprofessionals leidt dat in veel gevallen tot een weinig begrijpelijke risico-organisatie en een ambigue risicocultuur, terwijl dat belangrijke randvoorwaarden zijn voor het succesvol managen van risico's.....

12.2. Het 1e deel van het controleproces bij zorgverlener/zorgaanbieders: Specifieke analyses/controles

Specifieke analyse en controles met betrekking tot varices, P.A.O.D., bovenooglid correcties en HNP (rughernia: Hernia Nuclei Pulposi) zijn niet bekend.

12.3. Het 1e deel van het controleproces bij zorgverlener/zorgaanbieders: Wat zijn de interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek?

- De verwachting is dat met de vergroting van het vrije marktsegment de risicodragendheid van de zorgverlener/zorgaanbieder toeneemt wat ook de volledigheid en tijdigheid van de controle ten goede kan komen.
- Het project "Implementatie uniforme vastlegging van zorgactiviteiten" gericht op het realiseren van een zorgadministratie waar met het eenmalig en eenduidig vastleggen van zorgactiviteiten meerdere rapportagesystemen waaronder het DBC-systeem kunnen worden gevoed.

- Ontwikkeling van de DOT controlemodule ten behoeve van uniforme uitvoering van de controles (zie paragraaf 15.4) op DOT-zorgproducten door ZN en de NVZ in de sfeer van formele controles.

12.4. Het 1e deel van het controleproces bij zorgverlener/zorgaanbieders: Wat zijn de aandachtspunten vanuit controleoptiek?

Wat zijn de aandachtspunten bij varices, P.A.O.D., bovenooglid correcties en HNP vanuit controleoptiek?

- Voor zorgverleners en zorgaanbieders vormen declaraties hun inkomstenbron. Voorts strijden zorgverleners/zorgaanbieders om de gunst van de zorgvrager.
- De indruk bestaat dat de zorgverlener niet steeds op de hoogte is van aanspraakbeperkingen (zie ook par 10.4).
- Controle van de declaratie wordt veelal als zaak zorgverzekeraar gezien[18], hoewel de declaratie door de zorgaanbieder/zorgprofessional wordt opgesteld en de vaststelling van de juistheid/rechtmatigheid zich bij de zorgverlener/zorgaanbieder gemakkelijker met minder belemmeringen laat organiseren. Het collectieve goed zorg lijkt hier niet parallel te lopen met het eigen belang van deelnemers aan de zorgmarkt.
- Voor een aantal behandelingen bestaat onvoldoende normering.
- Hoe worden risicovelden bepaald en hoe wordt hiermee omgegaan[18]? In hoeverre wordt hierbij gebenchmarkt en op welk niveau? Zijn data van voldoende kwaliteit beschikbaar om adequaat te benchmarken? Analyses met betrekking tot praktijkvariatie vinden niet systematisch plaats en data worden niet landelijk gepoold.
- Wat is de verhouding tussen formele en materiële controles? Materiële controles komen er stiefmoederlijk uit. Bij sommige ziekenhuizen mag de interne accountant patiëntendossiers inzien, bij andere echter niet.
- De scheiding tussen formele en materiële controles, bijvoorbeeld in de registratie en het facturatieproces, is niet helder. De AO/IC kent ook weinig regels voor de registratie en kijkt voorts naar juistheid en niet naar rechtmatigheid.
- De mate waarin controles geautomatiseerd plaatsvinden verschilt nogal per zorgaanbieder. Geautomatiseerd vinden er geen materiële controles plaats (formele controles vinden wel zoveel mogelijk geautomatiseerd in het systeem plaats).
- Omdat duidelijke normen ontbreken is onduidelijk hoever de materiële controle van de externe accountant reikt; de externe accountant bezit ook geen kennis van het subject van materiële controle. Hoe is het toezicht op de gestelde eisen geregeld?
- Onder andere zorgverzekeraars hebben een informatieachterstand; de declaratie vermeldt DBC-zorgproducten en diagnoses en geen zorgactiviteiten en indicatiestellingen. Hierdoor blijkt uit de declaratie niet of een verzekerde het al dan niet redelijkerwijs is aangewezen op zorg gezien zijn/haar gezondheidssituatie of dat een zorgactiviteit om medische of cosmetische redenen heeft plaatsgevonden. Afgezien van machtiging vooraf, waarbij de zorgaanbieder verplicht wordt vooraf aan te geven wat de indicatie voor een behandeling is, kan dat alleen op basis van benchmarking. Ook dan is echter alleen een relatie te leggen met gepast gebruik als er professionele richtlijnen of CVZ-standpunten beschikbaar zijn, die zich laten vertalen naar aantallen behandelingen. Dat is lang niet altijd en overal het geval, maar ook als dat wel zo is, zullen bewerkelijke steekproefsgewijze detailcontroles door de medisch adviseur nodig zijn om ongepast gebruik onomstotelijk te kunnen aantonen.
- Bij de controles wordt geen onderscheid gemaakt tussen de basispolis en de aanvullende verzekering. Dat vertroebelt het zicht op de betrouwbaarheid en nauwkeurigheid van controles, omdat je iets kan meten dat niet op de basisverzekering betrekking heeft.

---

[18] Over 2009 haalde de zorgverzekeraars nog circa 1,3 mrd terug bij zorgaanbieders vanwege onjuistheden in declaraties.

- Hoe wordt de opbrengst van controle-inspanningen gemeten? Bestaan data over de resultaten van het controleproces in het algemeen en bij de gekozen behandelingen in het bijzonder? Onvoldoende zicht op onrechtmatigheid bemoeilijkt de strijd ertegen.
- Gepaste handhavingmaatregelen bij overtreding van de gestelde regels. In hoeverre regelt het toelatingscontract tussen de zorgverlener en de zorgaanbieder handhavingmaatregelen? Voor zover bekend kennen de contracten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar geen boeteclausules en ontbreekt dan ook een prikkel om declaraties juist en rechtmatig in te dienen.

13. Controleproces Grouper

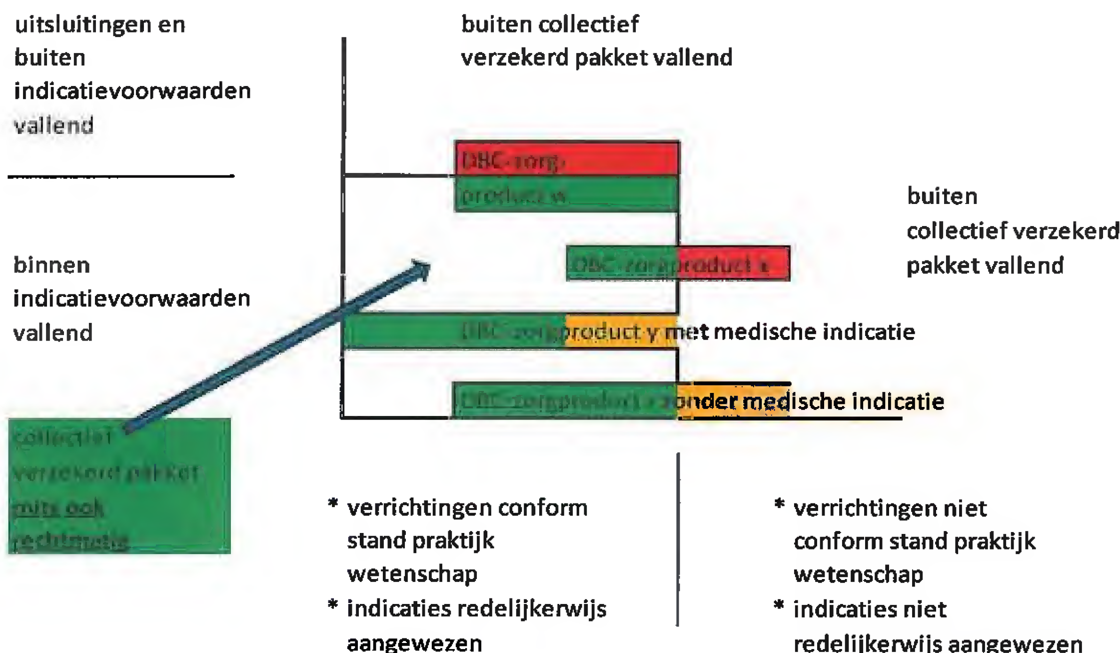
13.1. Het controleproces in de Grouper

DOT omvat drie grote wijzigingen in het DBC-systeem. Naast de hiervoor al genoemde vernieuwde prestatiebeschrijving gaat het hierbij om nieuwe registratieregels voor geautomatiseerde afsluitregels van zorgtrajecten en subtrajecten en de Grouper, een nieuw afleidingsmechanisme. Grouper is een landelijke applicatie buiten de zorginstelling, die op basis van vaste beslisregels, volgend uit de productstructuur, uit diagnose en zorgactiviteiten een DBC-zorgproduct afleidt, die direct naar de zorgaanbieder worden teruggestuurd (waarbij voor sommige zorgactiviteiten een aanspraakbeperking geldt). De grouper bevat geen prijsinformatie en de grouper slaat geen inhoudelijke informatie op. De grouper voert naast het afleiden van de declarabele producten technische foutmeldingen en signaleringen uit.

13.2. Controleproces Grouper: Aanspraken en Machtigingen

In de nieuwe DBC-systematiek wordt voor het afleiden van een declarabel zorgproduct een dataset aangeleverd aan de grouper. Nadat de arts/instelling de diagnose heeft gesteld, de behandeling heeft bepaald, is nagegaan of een machtiging nodig is en de benodigde gegevens via de zorgaanbieder naar de Grouper zijn gestuurd, kleurt de grouper het zorgproduct. Er zijn drie situaties denkbaar, te weten:
-Het DBC-zorgproduct is afgeleid met zorgactiviteiten die altijd verzekerde zorg zijn ("groen"). Het DBC-zorgproduct krijgt een declaratiecode verzekerde zorg[8];
- Het DBC-zorgproduct is afgeleid met een of meer zorgactiviteiten die nooit verzekerde zorg zijn ("rood"). Het DBC-zorgproduct krijgt een declaratiecode onverzekerde zorg; en
- Het DBC-zorgproduct is afgeleid met zorgactiviteiten die onder voorwaarden verzekerde zorg zijn ("oranje"), zoals activiteiten die in het kader van het machtigingenportaal plaatsvinden. Het DBC-zorgproduct krijgt een declaratiecode verzekerde of onverzekerde zorg, afhankelijk van of er een medische indicatie aanwezig is.

Grafisch kan dit als volgt worden gevisualiseerd.



Toegepast op de gekozen behandelingen ontstaat het volgende beeld.

Varices
Een varices behandeling op grond van de basispolis kan alleen worden gedeclareerd wanneer sprake is van een C3, C4, C5 of C6 classificatie voor varices. Daarom geldt in het kader van de Grouper een code oranje op de ingrepen bij varices. De ingrepen leiden, ongeacht de classificatie, af naar een DBC-zorgproduct. De beperking leidt alleen tot verzekerde zorg indien sprake is van een medische indicatie is meegestuurd naar de Grouper.

PAOD
In het kader van het verzekerd pakket bestaan geen aanspraakbeperkingen ten aanzien van de diagnosen PAOD 2, 3 en 4. In het kader van de Grouper leiden deze diagnosen dan ook tot verzekerde zorg.

Bovenooglidcorrecties
Bovenooglidcorrecties geven alleen recht op een ingreep bij een verlamming/verslapping van de bovenoogleden als gevolg van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Omdat de hieruit voortvloeiende aanspraakbeperking nog niet ten volle is gerealiseerd, is een wijziging in Grouper in gang gezet.

HNP
In het kader van het verzekerd pakket bestaan geen aanspraakbeperkingen ten aanzien van de diagnose HNP. Een aantal ingrepen (de percutane vertebroplastiek en de ballon kyphoplastiek) is uitgesloten van het verzekerd pakket omdat ze niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn. Indien deze een rol spelen bij het afleiden van het DBC-zorgproduct, is er sprake van onverzekerde zorg.

13.3. Controleproces Grouper: Wat zijn interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek?

- Met de invoering van het DOT-systeem zijn de mogelijkheden tot upcoding (omdat bij een bepaald verrichtingenpatroon nog maar één zorgproduct hoort) en overdeclaratie

(omdat zorgverleners niet zelf meer een DBC kunnen sluiten en een nieuwe openen voor dezelfde zorgvraag) vermindert.

- Zorgverzekeraars hebben in ZN-verband, in samenspraak met de ziekenhuizen, besloten om een uniform machtigingenportaal te ontwikkelen bij VECOZO. Naast een uniforme proces is de doelstelling oook om de machtigingsformulieren te uniformeren. Tussen NVZ, NFU en ZN is afgesproken dat alle zorgverzekeraars en ziekenhuizen in 2012 hierop aansluiten. Alle Zorgverzekeraars zijn inmiddels aangesloten. Door toepassing van het portaal worden zorgaanbieders/zorgverleners niet meer geconfronteerd met een veelheid aan verschillende machtigingsformulieren.

13.4. Controleproces Grouper: Wat zijn de aandachtspunten vanuit controleoptiek? Wat zijn de aandachtspunten bij varices, P.A.O.D., bovenooglid correcties en HNP vanuit controleoptiek?

- Hoe en wie bepaalt welk deel van het DBC-zorgproduct groen of rood kleurt? De accountant heeft hierbij geen rol. Bekend is dat bepaalde vormen van verzekerde zorg onderdeel zijn van een rood DBC-zorgproduct omdat er andere vormen van zorg zijn opgenomen in de DBC die onverzekerd zijn.
- Er is onduidelijkheid bij degenen die registeren over het verschil tussen medische indicatie (alleen basispakket) en machtiging (zowel basispakket als aanvullende verzekering). Rode en groene codes geven alleen weer of er een aanspraak is op een vergoeding uit het basispakket en zeggen niets over vergoeding uit eventuele aanvullende verzekeringen; een eventuele aanspraak hoeft overigens nog niet rechtmatig te zijn.
- Bij zorgactiviteiten met een aanspraakbeperking bestaan 3 opties: 1. valt buiten het collectief verzekerd pakket (rood); 2. hangt af van medische indicatie (oranje); indien aanwezig dan valt de behandeling binnen het collectief verzekerd pakket (voor zover voor het overige rechtmatig); en 3. De rest (kleurloos). De vraag met betrekking tot de 3e groep is hoe wordt bepaald of behandelingen onder het collectief pakket vallen als het CVZ (nog) geen (her)beoordeling heeft gegeven. In het bijzonder rijst de vraag hoe de zorgverzekeraar tot de schifting tussen collectief en niet collectief verzekerd komt. Hier komt bij dat in de praktijk de 3e groep zorgactiviteiten voorlopig wordt vergoed en pas naderhand wordt gecontroleerd. In laatste instantie wordt de controle bepaald aan de hand van de zorgactiviteiten, echter dan moeten die activiteiten wel bij het risicobeheer als risico zijn geselecteerd. Als de controle negatief uitvalt dan moet de vergoeding worden teruggedraaid. Concluderend: de vraag is of zorgverzekeraars de controle uitvoeren en zo ja, hoe zij dat doen?
- Vanwege de grote aantallen worden in de praktijk oranjecodes met indicatiestelling meteen uitbetaald en vindt achteraf materiële controle op basis van risicoanalyse plaats. Welke prikkel staat er tegenover de snelle vergoeding via bijvoorbeeld het machtigingenportaal opdat de betrouwbaarheid van de declaraties is gegarandeerd?
- Hoewel via het machtigingenportaal verbetering in gang is gezet, worden zorgverleners/zorgaanbieders geconfronteerd met een veelheid aan verschillende machtigingsformulieren.
- Veel ziekenhuizen schijnen pre-groupers te hebben om te kijken welke (combinatie van) zorgactiviteiten het meeste oplevert.

14. Het 2e deel van controleproces bij de zorgverlener/zorgaanbieders: het opstellen en aanleveren van de declaraties bij de zorgverzekeraars

14.1. Het 2e deel van het controleproces bij zorgverlener/zorgaanbieders

Als Grouper de afgeleide DBC-zorgproducten naar de zorgaanbieder heeft gestuurd, voorziet volgens Nadere Regel NR/CU-209 van de NZa als algemene regel de zorgaanbieder deze van

een prijs, inclusief de vergoeding voor de zorgprofessional. Dit geldt voor producten met landelijk vastgestelde prijzen én voor DBC-zorgproducten met onderhandelbare prijzen. De zorgaanbieder verwerkt de van Grouper ontvangen DBC-zorgproducten tot declaraties aan de zorgverzekeraars of de patiënt en tot een rapportage (Minimale Dataset (MDS)) voor aanlevering aan het DBC Informatiesysteem (DIS: landelijk DBC Informatie Systeem). De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de juiste declaratie van een DBC-zorgproduct. Een zorgaanbieder mag een DBC-zorgproduct alleen declareren indien de prestatie is vastgelegd volgens de door de NZa vastgestelde registratiebepalingen. De declaratie van een DBC-zorgproduct moet een zegel (hashcode) hebben waaruit blijkt dat deze door de grouper is afgeleid. Bij het declareren door de zorgaanbieder dienen de door de NZa voorgeschreven codering (zoals de hashcode, declaratiecode en AGB-code) en data (zoals het tarief uitgesplitst naar kostenbedrag voor de zorginstelling en de vergoeding voor de zorgverlener, indicatie machtiging) te worden toegepast. Elektronische declaratiebestanden worden vormgegeven op basis van de externe integratiestandaard en via het elektronisch declaratieportaal van VECOZO wordt de declaratie van de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar aangeboden.

Met betrekking tot de organisatorische inbedding van het controleproces wordt verwezen naar paragraaf 12.1.

14.2. Het 2e deel van het controleproces bij zorgverlener/zorgaanbieders: Specifieke analyses/controles

Specifieke analyse en controles met betrekking tot varices, P.A.O.D., bovenooglid correcties en HNP (rughernia: Hernia Nuclei Pulposi) zijn niet bekend.

14.3. Het 2e deel van het controleproces bij zorgverlener/zorgaanbieders: Wat zijn interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek?

Voor de interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek wordt verwezen naar paragraaf 12.3.

14.4. Het 2e deel van het controleproces bij zorgverlener/zorgaanbieders: Wat zijn aandachtspunten vanuit controleoptiek?

Voor de aandachtspunten bij varices, P.A.O.D., bovenooglid correcties en HNP vanuit controleoptiek wordt verwezen naar paragraaf 12.4.

15. Controleproces zorgverzekeraars

15.1. De basispolis

Een zorgverzekeraar verzekert via de polis van de basisverzekering het wettelijke pakket. De polis formuleert en reguleert de zorg die wordt verondersteld daadwerkelijk te zijn geleverd[19]. In de polisvoorwaarden kan de zorgverzekeraar restricties aanbrengen maar niet op het gebied van aanspraken. De restricties zitten vooral in het gecontracteerde zorgaanbod (als een verzekerde naar gecontracteerde aanbieder gaat, 100% vergoeding, naar een niet gecontracteerde aanbieder % vergoeding). In de polisvoorwaarden staan de aanspraken gedefinieerd op basis van wat in de Zvw verwoord is. Op het gebied van medische specialistische zorg staat in de Zvw dat verzekerd is die zorg die een medisch specialist pleegt te bieden. Dit zelfde staat ook in de polisvoorwaarden. De polisvoorwaarden zijn dus niet in DBC termen.

---

[19] Op grond van de Zvw is de zorgverzekeraar verplicht om de op grond van de Zvw te verzekeren prestaties op te nemen in de verzekeringspolis (artikel 11 Zvw).

Zorgverzekeraars kunnen wijzigingen in de modelovereenkomst die zij op de markt willen brengen voorleggen aan de NZa. De NZa geeft dan op verzoek een bestuurlijk rechtsoordeel af over de vraag of de voorgelegde wijzigingen in overeenstemming zijn met de Zvw. Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om een verzoek bij de NZa in te dienen. Dit betekent dat de NZa er niet vooraf per definitie op toeziet dat iedere basispolis van iedere zorgverzekeraar met het verzekerd pakket overeenkomen. Voor het polisjaar 2012 hebben alle zorgverzekeraars de NZa gevraagd de modelovereenkomsten respectievelijk wijzigingen daarin te beoordelen. Voor meer informatie over het modelovereenkomstenproces wordt verwezen naar de website van de NZa:
http://www.nza.nl/regelgeving/wetgeving/zorgverzekeringswet/modelovereenkomsten/. Gelet op de schadegevolgen die een van het verzekerd pakket afwijkende polis kan hebben voor de zorgverzekeraar, zien zorgverzekeraars erop toe dat zij poliswijzigingen aan de NZa voorleggen voor een bestuurlijk oordeel. De kans dat verzekerd pakket en basisverzekering van elkaar afwijken is dan ook afwezig in de praktijk.

15.2. Controleproces zorgverzekeraars

Met inachtneming van de Regeling zorgverzekering (zie www.rijksoverheid.nl) en het "Protocol vereveningsonderzoek Zvw en onderzoek uitvoeringsverslag Zvw" (zie www.nza.nl) voeren zorgverzekeraars formele en materiële controles uit. Daarom is het van belang dat het protocol voor jaar t in jaar t-1 beschikbaar is. Zorgverzekeraars betrekken het "Handboek zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringswet" bij controles op de VCZ verantwoordingen. In dit handboek staan de voorwaarden en richtlijnen waar de CVZ verantwoordingen aan dienen te voldoen. Bij de uitvoering van controles wordt op deze aspecten getoetst. De formele controles hebben onder andere betrekking op – landelijke – afspraken welke gemaakt zijn m.b.t. het (elektronisch) declaratieverkeer, het vaststellen van de naleving van individuele contractuele afspraken met zorgaanbieders als ook op het vaststellen van de rechtmatigheid van ingediende declaraties. Voor deze laatste categorie is de Zvw leidend.
De controles op naleving van de afspraken m.b.t. het elektronisch declaratieverkeer worden grotendeels uitgevoerd door VECOZO in opdracht van zorgverzekeraars door te toetsen of elektronische declaraties voldoen aan de opgestelde standaarden en bijbehorende technische controles (formele controles N1-N5). Indien declaraties hier niet aan voldoen, worden deze afgewezen met een elektronisch retour bericht aan de betreffende zorgaanbieder. Zorgverzekeraars voeren alle overige controles uit. Bij elektronische declaraties leidt dit in de declaratieverwerking tot een elektronisch retour bericht voor de zorgaanbieder.
De uitkomsten van controles die na de declaratieverwerking plaatsvinden worden zo nodig gecommuniceerd (per mail/brief) met de betreffende zorgaanbieder. Na hoor en wederhoor worden de uitkomsten van de controle en de (financiële) consequenties medegedeeld aan de zorgaanbieder.

In principe worden controles op declaraties onder de basisverzekering op gelijke wijze behandeld als onder de aanvullende verzekering. Een zorgverzekeraar mag hiervan afwijken. Verschil is dat de basisverzekering onder toezicht van de NZa valt en de aanvullende verzekering niet. Mocht de controle geen onderscheid maken tussen zorgkosten ten laste van de basispolis of specifiek ten laste ban de aanvullende verzekering vallen, dan wordt door de microcorrecties wel het onderscheid gemaakt. Hierdoor wordt bij de uitkomst van de controles onderscheid gemaakt tussen de basispolis en de aanvullende verzekering.

15.2.1. Formele controles

Op dit moment heeft verreweg het grootste gedeelte van de controles betrekking op formele controles. Een formele controle betreft een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar onder andere nagaat of het tarief dat door een zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht:

- een prestatie betreft die is geleverd aan een bij die zorgverzekeraar verzekerd persoon;
- een prestatie betreft die behoort tot het verzekerde pakket van de persoon;
- een prestatie betreft waartoe de zorgaanbieder bevoegd is; en

- het tarief betreft dat voor die prestatie is vastgesteld of met de zorgaanbieder is overeengekomen.
- de aanspraak valt binnen de verzekerde prestaties van de Zvw.
- de zorg is niet in strijd met eerder geleverde zorg op basis van de schadehistorie (bijvoorbeeld samenloop farmacie/DBC, gebruikstermijnen hulpmiddelen, dubbele betalingen);

Er worden meerdere formele controles uitgevoerd, maar deze zijn altijd te herleiden tot de hierboven genoemde punten. Formele controles zijn in hoge mate gestandaardiseerd, vinden grotendeels geautomatiseerd plaats en zijn doorgaans gebaseerd op risicoanalyses.

15.2.2. Materiële controles

Materiële controle betreft onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatiedaadwerkelijk is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde. In paragraaf 13.2 is er op gewezen dat in de praktijk oranjecodes met indicatiestelling meteen worden uitbetaald en achteraf materiële controle plaatsvindt. Om richting te krijgen voor de materiële controles is het Protocol Materiële Controle (www.zn.nl) opgesteld. De materiële controle kent zijn grondslag in de Regeling zorgverzekering. Om op een transparante wijze de procedure en de te doorlopen stappen in dit kader inzichtelijk te maken is het Protocol Materiële Controle in het leven geroepen. Een zorgverzekeraar kan en mag materiële controle alleen uitvoeren als het protocol wordt toegepast. Dit protocol schrijft een stapsgewijze aanpak voor. Het is dus niet zo dat een zorgverzekeraar uit het niets een detailcontrole bij een zorgaanbieder kan uitvoeren. Uit welke stappen het protocol is opgebouwd worden onderstaand beschreven.

Het protocol beschrijft de uitvoering van materiële controles, waaronder detailcontroles, mede gelet op de Wet bescherming persoonsgegevens en het wettelijk geregelde medisch beroepsgeheim. Om te beginnen dient een verzekeraar het doel van de materiële controle vast te stellen. Het doel van de materiële controle is immers medebepalend voor de diepgang van de daadwerkelijk uit te voeren controles. Daarnaast voert de zorgverzekeraar een risicoanalyse uit om te bepalen wat het onderwerp van de materiële controle zal worden. Deze risicoanalyse wordt verricht op gegevens die de zorgverzekeraar ontleent aan de verzekerdenadministratie, alsmede op grondslag van andere signalen of aanwijzingen waarover de verzekeraar beschikt. Op basis van de algemene risicoanalyse stelt de zorgverzekeraar een algemeen controleplan vast, waarin is opgenomen waarop de controle zich zal richten en welke controle-instrumenten of methodes worden ingezet. In de fase van deze algemene controle komen alleen die methodes in aanmerking die de zorgverzekeraar kan toepassen zonder daarbij te zijn aangewezen op de medewerking van de zorgaanbieder bij de verwerking van persoonsgegevens betreffende de gezondheid. Het gaat hier zowel om het uitvoeren van statistische analyses en logica- en verbandscontroles, die de zorgverzekeraar op basis van de eigen administratie en de daarin opgenomen persoonsgegevens zelfstandig kan verrichten, als om de beoordeling van een door de zorgaanbieder overgelegde accountantsverklaring en bestuursverklaring betreffende de administratieve organisatie en interne controle (AO/IC). Ook andere informatie (geen persoonsgegevens) die desgevraagd door de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar is verstrekt, valt onder deze categorie. Detailcontrole is in deze fase nog niet mogelijk. Het kan zijn dat de materiële controle hier eindigt, omdat voldoende zekerheid is verkregen. Het kan ook zijn dat de uit de algemene controle voortgekomen bevindingen tot de conclusie leiden dat het controledoel nog niet gehaald is en dat meer informatie noodzakelijk is. In dat geval voert de zorgverzekeraar een specifieke risicoanalyse uit, waarop een specifiek controleplan en een specifiek controledoel voor de betreffende zorgsoort en/of de betreffende zorgaanbieder wordt gebaseerd. Het specifiek controleplan beschrijft de inzet van de methodes van detailcontrole. Uitgangspunt bij de controles is proportionaliteit en subsidiariteit. Met betrekking tot proportionaliteit staat de vraag centraal of het ingezette middel evenredig is aan het beoogde doel. Dan de subsidiariteit: is er geen minder ingrijpend alternatief.

Detailcontroles moeten onder verantwoordelijkheid van medisch adviseurs plaatsvinden. Dit hoeft overigens niet perse een arts te betreffen.

In de periode februari 2008 tot de inwerkingtreding van de Regeling zorgverzekering waar de Materiele controle geregeld is per 1 juli 2010 (Stcrt. 2010, 10581) hebben zorgverzekeraars de detailcontrole zoals bovenstaand is beschreven niet, zonder uitdrukkelijke toestemming van de persoon wiens bijzondere persoonsgegevens het betreft, mogen uitvoeren.
Met het verlopen van de goedkeuring per 5 februari 2008 van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen (inclusief bijbehorend Addendum Zorgverzekeraars) is de noodzakelijke wettelijke basis voor detailcontrole op grond van het Addendum Zorgverzekeraars naar de mening van het CBP verdwenen. Deze wettelijke basis is geregeld in de Regeling Zorgverzekering (=ministeriële regeling bij de Zorgverzekeringswet): wanneer sprake is van een goedgekeurde Gedragscode en bijbehorend Addendum is volgens het de noodzakelijke wettelijke basis aanwezig voor doorbreking van het medische beroepsgeheim bij het verrichten van detailcontrole (als onderdeel materiële controle dan wel fraudeonderzoek). Het CBP heeft bij het afgeven van het benoemingsbesluit destijds aangegeven dat dit wettelijk geregeld diende te worden. Totdat dit geformaliseerd was kon de nieuwe Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars welke in de plaats is getreden van de hiervoor genoemde niet goedgekeurd worden. Het langs deze weg bij zorgaanbieders opvragen van medische patiëntgegevens door zorgverzekeraars kan dan ook volgens het CBP leiden tot schending van het medisch beroepsgeheim. Het ontbreken van deze wettelijke basis heeft voor de zorgverzekeraars als gevolg gehad dat:
- Materiële controle op grond van het Addendum beperkt moet worden tot de controlestappen voorafgaand aan detailcontrole en derhalve alleen mocht plaatsvinden op basis van de bij de verzekeraar beschikbare gegevens ;
- Detailcontrole – zowel in het kader van materiële controle als in het kader van fraudeonderzoek- alleen te doen met uitdrukkelijke toestemming van de persoon wiens persoonsgegevens het betreft (dus niet op grond van het Addendum). Dit laat onverlet dat de zorgaanbieder zijn eigen verantwoordelijkheid heeft ter zake en erop moet toezien dat de gegevens die gevraagd worden de proportionaliteits- en subsidiariteitstoets kunnen doorstaan.

Op 10 januari 2012 heeft het CBP de Gedragscode verwerking Persoonsgegevens met bijbehorend Protocol Materiele Controle van Zorgverzekeraars Nederland goedgekeurd. Gevolg van deze goedkeuring is dat de zorgverzekeraars de detailcontrole weer mogen uitvoeren zonder uitdrukkelijke toestemming van de persoon wiens persoonsgegevens het betreft. Overigens is de goedkeuring ter discussie gesteld door de Koepel DBC-vrije praktijken (KDVP) en is een procedure bij de bestuursrechter gestart.

In het algemeen, dat wil zeggen voor zowel formele als materiële controles geven zorgverzekeraars er de voorkeur aan mogelijke situaties van misbruik en/of situaties van oneigenlijk gebruik zo veel mogelijk te voorkomen (preventieve maatregelen). Het gedrag van zorgverzekeraars om dit te voorkomen verschilt: sommige zetten inkoopinstrumenten zoals selectieve inkoop en/of degressieve prijsstaffels in om mogelijke situaties van misbruik en/of situaties van oneigenlijk gebruik zo veel mogelijk te voorkomen. Mocht er desondanks misbruik of oneigenlijk gebruik voorkomen, dan kunnen zorgverzekeraars zich inspannen om de gelden terug te halen. Met de eerstgenoemde instrumenten wordt als zodanig de bron van de onrechtmatigheid echter in tact gelaten. Uiteraard zullen in de praktijk ook preventieve en repressieve middelen naast elkaar worden ingezet. Op het vlak van fraudebeheersing wordt door zorgverzekeraars waar mogelijk intensief samengewerkt. Om de samenwerking tussen zorgverzekeraars onderling en tussen zorgverzekeraars en stakeholders te intensiveren, wordt begin 2012 het Kenniscentrum Fraudebeheersing gestart door ZN.

Volgens het "Protocol vereveningsonderzoek Zvw en onderzoek uitvoeringsverslag Zvw" moeten zorgverzekeraars aantonen via materiële controles gericht op levering van de prestatie dat:
- voldaan is aan de Regeling Zorgverzekering, die eisen stelt aan het uitvoeren van materiële controles (waaronder detailcontroles) door zorgverzekeraars;

- er een controleplan is opgesteld (inclusief risicoanalyse);
- de gekozen controlemethoden en inzet adequaat zijn onderbouwd en inzet om de geconstateerde risico's af te dekken;
- de uitvoering volgens plan plaatsvindt;
- in- en externe signalen bij de controle worden betrokken;
- analyses van de uitkomsten plaatsvinden; en
- trekken van de conclusie of de kosten van prestaties zoals verantwoord in de jaarstaat zijn geleverd.

De accountant controleert of de zorgverzekeraar bij het uitvoeren van deze controles zich houdt aan de gestelde eisen in de regeling, een controleplan is opgesteld, het plan is uitgevoerd, in- en externe signalen hierbij betrokken zijn, analyses zijn gemaakt met betrekking tot de uitkomsten en conclusies zijn getrokken of met betrekking tot de kosten van de prestaties zoals verantwoord in de jaarstaat. Hierna geeft de accountant een controleverklaring af waar nodig met eventuele tekortkomingen.
Volgens het "Protocol vereveningsonderzoek Zvw en onderzoek uitvoeringsverslag Zvw" geeft de accountant verder met betrekking tot de stand van de wetenschap en praktijk zijn bevindingen met betrekking tot het betrekken van in het protocol aangegeven aspecten bij risicoanalyses en bij de zorginkoop. De accountant onthoudt zich hierbij van een oordeel over de toereikendheid van de inspanningen door de zorgverzekeraar. Het onderdeel "redelijkerwijs aangewezen op" nog maakt geen onderdeel uit van het protocol. Wel vraagt de NZa via het Informatiemodel Uitvoeringsverslag Zvw een inventarisatie op van de beheersingsmaatregelen.

15.2.3. Organisatorische inbedding controle(proces)

Naast de verplichting op grond van artikel 36 van de Wmg tot het voeren van een deugdelijke administratie vervangt in de sfeer van de AO/IC per 1-1-2012 de nieuwe Regeling prestaties en tarieven medisch specialistische zorg [zie NZa nadere regels NR/CU-209] de Kaderregeling AO/IC van de NZa. Hierdoor wordt de verantwoordelijkheid over de inrichting van de DBC-administratie en de bijbehorende AO/IC belegd bij de primair verantwoordelijken.

Per zorgverzekeraar kan het verschillen waar in de organisatie de afdeling Controles is geplaatst. Belangrijk is dat de afdeling Controles onafhankelijk haar werk uitvoert.
Vanuit wet- en regelgeving zijn een aantal randvoorwaarden voorgeschreven. Zo moeten bijvoorbeeld risico's in beeld worden gebracht en gemanaged op diverse niveaus. Te beginnen bij strategische risicoanalyse, tactische risicoanalyse en proces risicoanalyse. Dit wordt vanuit Risk & Compliance gefaciliteerd en gecontroleerd.

Zo is ook het controleproces gereviewd en voorzien van kritische risico-indicatoren.

Het controleproces bestaat uit:
1. risico-inventarisatie
2. risicoanalyse en vaststellen mogelijke beheersmaatregelen
3. Bepalen van financiële impact en gemak van resultaat
4. Prioriteren risico's en selecteren acties
5. Uitvoeren acties
6. Monitoren en eventueel bijsturen van de uitgevoerde acties

Dit gehele proces, evenals de uitkomsten daarvan, worden door de interne accountantsdienst ge-audit. Ieder jaar, aan het eind van het jaar, worden het proces en de uitkomsten ook door de externe accountant ge-audit.

Het controleproces is organisatorisch ingebed bij de raad van commissarissen, de raad van bestuur , het risicomanagement en de auditfunctie. In dit verband zijn de Governance Principes Verzekeraars (de Code) van belang. De Code bevat principes met betrekking tot de raad van commissarissen, de raad van bestuur, het risicomanagement en de auditfunctie. Verzekeraars vermelden in hun jaarverslag hoe zij de principes hebben toegepast. Een Monitoring Commissie

monitort de uitvoering van de Code. Op 19-12-2011 heeft de Commissie haar eerste rapportage uitgebracht op basis van een self assessment en na overleg met DNB, AFM en de NZa. Voor de bevindingen van de Commissie wordt verwezen naar: www.mcverzekeraars.nl. Op de dag van de Zorgverzekeraars op 26-01-2012 gaf de ZN-voorzitter hierover aan, dat "het enige aandachtspunt dat de zorgverzekeraars van de Commissie meekrijgen de implementatie van risicomanagement is......" Een themaonderzoek van DNB laat zien dat er bij risicomanagement van verzekeraars in het algemeen nog een flinke kloof gaapt tussen theorie en praktijk (www.dnb.nl, nieuwsbericht 13-03-2012)

15.3. Controleproces zorgverzekeraars: Specifieke analyses/controles

Door ZN, Vektis en Plexus is in juli 2011 over het verslagjaar 2009 een sector overstijgend rapport opgesteld over praktijkvariatie, waarin ook in is gegaan op praktijkvariatie bij HNP. In juni 2010 had Plexus al een onderzoek gedaan naar praktijkvariatie bij onder andere HNP. Elke zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de inrichting en uitvoering van haar controles. Hierbij kan elke zorgverzekeraar gebruik maken van externe informatie, zoals het rapport over praktijkvariatie.

15.4. Controleproces zorgverzekeraars: Wat zijn interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek?

- De afbouw van de ex post risicoverevening met de vergroting van het vrije marktsegment vergroot de risicodragendheid van de zorgverzekeraar. De ontwikkeling kan ook de volledigheid en tijdigheid van controles ten goede komen.
- De gedachten om niet concurrentiële activiteiten in de controlesfeer landelijk te poolen en Vektis een rol te laten spelen bij branchebrede controle en detectie, los van wat de zorgverzekeraars zelf al doen.
- Om de samenwerking tussen zorgverzekeraars onderling en tussen zorgverzekeraars en stakeholders te intensiveren, wordt begin 2012 het Kenniscentrum Fraudebeheersing gestart door ZN.
- Zorgverzekeraars hebben in ZN-verband een programma 'Samenwerken aan controles' uitgevoerd (met subsidie van VWS) en de afzonderlijke projecten inmiddels in de lijn belegd. Doel was het optimaliseren van controleprocessen in de keten (efficiënter, effectiever en tegen lagere kosten) én structureel de relatie naar fraudebeheersing leggen. De samenwerking richt zich op de non-concurrentiële (formele) controles, voortkomend uit wet- en regelgeving. Deze betreffen een groot deel van de door zorgverzekeraars uit te voeren controles. De toegevoegde waarde van samenwerking is onder meer:
  - sneller en krachtiger problemen in regelgeving (laten) aanpassen;
  - sneller complexe regelgeving juist en eenduidig interpreteren;
  - de juiste controles op de juiste plaats uitvoeren (ketenaanpak);
  - gezamenlijk te gebruiken diensten en verdergaande standaardisatie inzetten; en
  - controles effectiever en efficiënter uitvoeren.

Het programma is inmiddels afgerond. Voortvloeiend uit het programma worden in de lijn nog verschillende projecten/activiteiten uitgevoerd om invulling te geven aan de visie: zorgdragen voor goede declaraties van zorgaanbieders en controles zo vroeg mogelijk in de keten. Lopende projecten/activiteiten zijn:

- Pilot Horizontaal Toezicht, de kwaliteit van de gedeclareerde zorg wordt geborgd in de opzet en werking van de administratieve organisatie en interne controle van de betreffende zorginstelling, waarop de zorgverzekeraar kan steunen. De Pilot richt zich allereerst op de ziekenhuizen.
- Inrichten van een geschillencommissie met daaronder een adviserende expertisegroep om controleproblemen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot een snelle oplossing te krijgen.
- Gezamenlijk opstellen van non-concurrentiële controles op een eenduidige wijze (o.b.v. Rule speak) en deze afstemmen met zorgaanbieders.

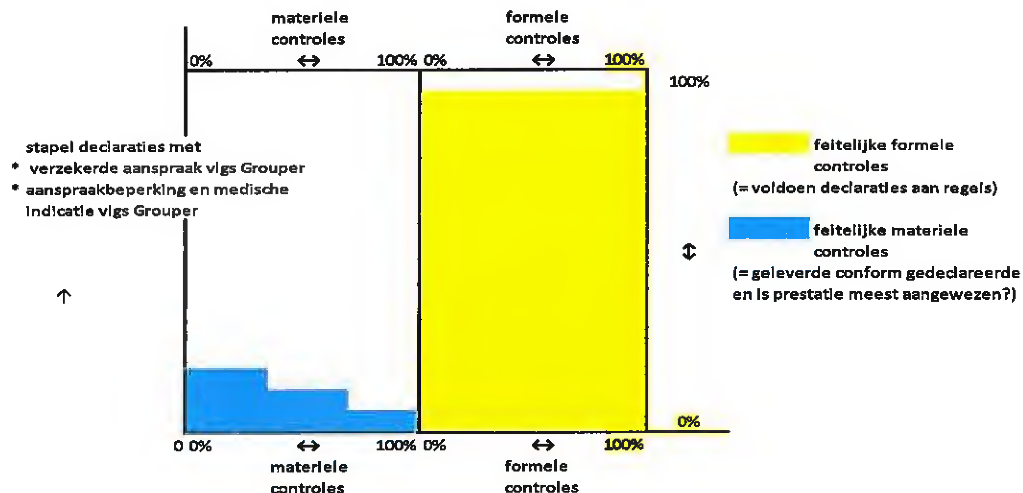
- Gezamenlijk controleren of elektronische declaratieberichten voldoen aan de externe integratie standaard (controles N1 t/m N5) door VECOZO.
- In 2012 is een landelijke samenwerking met betrekking tot formele controles van ziekenhuisdeclaraties gestart. Deze controle wordt uitgevoerd in samenwerking tussen de zorgverzekeraars en Vektis en omvat de controle op parallelle en seriële DBC-zorgproducten. Voor deze controle is de DOT Controle Module (DCM) gebouwd. Alle zorgverzekeraars zijn hierbij aangesloten en controleren (achteraf) middels deze module de bij hun gedeclareerde DBC's. Doelstelling is om deze zelfde module bij de ziekenhuizen voorafgaand aan facturatie te implementeren (onder de visie: controles naar voren in de keten). De DCM controleert of de registratieregels, zoals opgenomen in de Nadere Regel van de NZa, correct zijn toegepast en daarmee de declaratie rechtmatig is. De DCM controleert bijvoorbeeld op parallelliteit. Voordeel van de DCM is dat de regels uniform zijn opgesteld voor alle zorgverzekeraars en worden afgestemd met de ziekenhuizen. Via de DCM wordt het voor ziekenhuizen mogelijk om deze uniforme controles van de registratieregels zelf uit te voeren voorafgaand aan de declaratie. Hierdoor weet het ziekenhuis welke declaraties voldoen en gedeclareerd kunnen worden. Het controleproces vindt daarmee vroeg in de keten plaats en voorkomt controles achteraf na declaratie. Door zorgverzekeraars kunnen echter niet alle registratieregels via de DCM gecontroleerd worden, omdat de benodigde gegevens ontbreken. Zo ontvangt een zorgverzekeraar geen zorgactiviteiten. Om die reden benchmarken zorgverzekeraars de declaratiegegevens en bij afwijkingen worden de uitkomsten voorgelegd aan de ziekenhuizen met het verzoek deze te verklaren.

15.5. Controleproces zorgverzekeraars: Wat zijn de aandachtspunten vanuit controleoptiek?

Wat zijn de aandachtspunten bij varices, P.A.O.D., bovenooglid correcties en HNP vanuit controleoptiek[20]?

- Hoe worden risicovelden bepaald en hoe wordt hiermee omgegaan? In hoeverre wordt hierbij gebenchmarkt en op welk niveau? Zijn data van voldoende kwaliteit beschikbaar om adequaat te benchmarken? Analyses met betrekking tot onder andere praktijkvariatie vinden niet systematisch plaats. Op het terrein van de formele controles vindt landelijke pooling van informatie en kennis plaats om het systeem op een hoger niveau te tillen; op het gebied van materiële controles valt nog een wereld te winnen. Hierdoor wordt ook het probleem omzeild van een te kleine populatie op het niveau van individuele zorgaanbieders of zorgverzekeraars.
- De mate waarin controles geautomatiseerd plaatsvinden verschilt nogal per zorgverzekeraar. Geautomatiseerd vinden er geen materiële controles plaats (formele controles vinden wel zoveel mogelijk geautomatiseerd in het systeem plaats).
- Wat is de verhouding tussen formele en materiële controles en hoe wordt die bepaald? Bij zorgverzekeraars ligt de klemtoon op formele controles; materiële controles worden als duur, bewerkelijk en weinig efficiënt ervaren. Voorts bestaat een capaciteitsprobleem met betrekking tot medisch adviseurs. Bestuurlijk wordt naar controle met risico van imagoschade als kostenpost gekeken, temeer omdat zorgverzekeraars strijden om de gunst van de zorgvrager/verzekerde. Met betrekking tot het protocol vereveningstoezicht bestaat een verwachtingenkloof tussen de toezichthouder en de accountants. De accountant bezit geen kennis van het subject van materiële controle. De normstelling is niet altijd eenduidig net als de gestelde eisen met betrekking tot de vergoeding en de AO/IC. Het systeem is niet ingericht op controle van stepped care. Hoe is dan verzekerd dat onrechtmatigheden adequaat worden teruggehaald? Gestyleerd kan dit grafisch als volgt worden weergegeven.

[20] Zie ook het samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2010 van de NZa uit februari 2012



- Is de scheiding tussen formele en materiële controles helder? In de praktijk is die scheiding soms minder makkelijk aan te brengen (bijvoorbeeld een controle op aanwezigheid van een juiste verwijzing heeft een formeel karakter. Hiermee wordt echter een deel van het dossier, de gezondheidstoestand van de verzekerde, blootgegeven en dat valt onder detailcontrole (=materieel?)
- Hoe is in de sfeer van de materiële controles georganiseerd dat de daadwerkelijk verleende zorgactiviteit (en het prijskaartje dat eraan hangt) en de op de declaratie opgenomen activiteit met elkaar te corresponderen? Wat is de procedure bij afwijkingen? Hoe wordt de indicatiestelling gecontroleerd of anders geformuleerd hoe is het DBC-product gelinkt aan de indicatiestelling? Hoe is verzekerd dat de geleverde prestatie gezien de gezondheidtoestand van de patiënt aangewezen is? Hoe wordt dat gecontroleerd als het systeem er niet op is ingericht? Afgezien van machtiging vooraf, waarbij de zorgaanbieder verplicht wordt vooraf aan te geven wat de indicatie voor een behandeling is, kan dat alleen op basis van benchmarking. Ook dan is echter alleen een relatie te leggen met gepast gebruik als er professionele richtlijnen of CVZ-standpunten beschikbaar zijn, die zich laten vertalen naar aantallen behandelingen. Dat is lang niet altijd en overal het geval, maar ook als dat wel zo is, zullen bewerkelijke nadere evt. steekproefsgewijze detailcontroles door de medisch adviseur nodig zijn om ongepast gebruik onomstotelijk te kunnen aantonen. Zorgverzekeraars hebben bovendien een informatieachterstand met betrekking tot de zorgactiviteiten en indicatiestelling die niet uit de declaratie blijken; de declaratie vermeldt DBC-zorgproducten en diagnoses.
- Hoe wordt de opbrengst van controle-inspanningen gemeten? Bestaan data over de resultaten van het controleproces in het algemeen uitgesplitst naar vrije en gereguleerde segment en bij de gekozen behandelingen in het bijzonder? In dit verband valt bijvoorbeeld te denken aan resultaten zoals ZN die jaarlijks publiceert van het controle- en fraudebeleid. Onvoldoende zicht op onrechtmatigheid bemoeilijkt de strijd ertegen. Data over de uitgangssituatie (: de nulmeting) en de resultaten van het controleproces in het algemeen en bij de gekozen behandelingen in het bijzonder bestaan niet.
- Bij de verschillende zorgverzekeraars kan in zijn algemeenheid de samenwerking tussen inkoop en controle worden verbeterd. Dat komt omdat controle wordt gezien als een wettelijke verplichting en niet als een onderdeel van het inkoopproces. Intensivering samenwerking kan o.a. doordat inkoop is aanwezig bij de risicoanalyse sessies en hier input voor levert. Op het moment dat er controletechnische afwijkingen

geconstateerd worden die na hoor en wederhoor nog steeds niet helder zijn, inschakelen van zowel zorginkoop en/of medisch advies.

- Vergoeding door de zorgverzekeraar aan de zorgverlener/zorgaanbieder vindt plaats zonder voldoende zekerheid over de invulling van de materiële controle. Wat is de prikkel voor de zorgverlener/zorgaanbieder om juiste declaraties te leveren?
- Gepaste handhavingmaatregelen bij overtreding van de gestelde regels. In hoeverre regelt het inkoopcontract tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars handhavingmaatregelen? Kunnen inkoopcontracten gemakkelijk worden aangepast? Misbruik valt onder de sanctionering van de afdeling Speciale Zaken. Administratieve vergissingen (controles) worden gesanctioneerd door terugvordering van onrechtmatige declaraties. Dit geldt in mindere mate voor ondoelmatige declaraties tenzij het volume daarvan onomstotelijk vastgesteld kan worden (op verzekerdenniveau). Ondoelmatige declaraties moeten leiden tot aanscherping van afspraken (inkoop).
- Als zorgverzekeraars een post als frauduleus aanmerken, kan deze post niet in de risicoverevening worden gebracht (post is niet rechtmatig). Omdat fraude vaak achteraf wordt geconstateerd en dus de post al is betaald, is het de vraag of de post wordt terugbetaald door de fraudeur. Voor een zorgverzekeraar is er daarom afhankelijk van de mate van verevening een prikkel om posten niet aan te merken als fraude. In 2009 bedroeg het teruggehaalde fraudebedrag € 6,2 mln.

16. Toezichtproces.

16.1. Algemeen

Naast het toezicht van de NZa hebben zorgverzekeraars ook te maken met het toezicht door DNB en de AFM. Tussen de NZA en DNB en de NZa zijn samenwerkingsprotocollen gesloten. DNB en de AFM werken met elkaar samen in het kader van het Twin Peaks-toezichtsmodel. Deze samenwerking is erop gericht om overlap van toezichtinspanningen te voorkomen en de belasting voor onder toezichtstaande zorgverzekeraars tot een verantwoord minimum beperken, gelijkgerichte regelgeving en beleid op de gebieden van markttoetreding, bedrijfsvoering en integriteit en het uitwisselen van informatie en waar nodig afstemming ter zake van (inter)nationaal overleg en (inter)nationale regelgeving te bevorderen via afstemmingsmechanismen in het operationele toezicht en het bij de uitoefening van toezichtstaken rekening houden met de belangen van de andere toezichthouder en van de onder toezicht staande verzekeraars.
DNB oefent in het kader van de Wet toezicht financiële instellingen (Wft) toezicht uit op de integriteit (van (mede-)beleidsbepalers en bedrijfsprocessen) en de solvabiliteit van de zorgverzekeraars in Nederland. De NZa is op basis van de Wmg onder meer belast met: rechtmatigheidtoezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet door de zorgverzekeraars; sectorspecifiek markttoezicht op de zorgverlenings-, zorgverzekerings- en zorginkoopmarkten; en taken op het terrein van transparantie en informatie in de zorgmarkten.
De AFM oefent in het kader van de Wft gedragstoezicht uit. De NZa is in de sfeer van het gedragstoezicht ingevolge de Wmg belast met onder meer het zorgspecifieke markttoezicht op zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De AFM is ingevolge de Wft belast met het gedragstoezicht op aanbieders van financiële producten en adviseurs en bemiddelaars in financiële producten, waaronder ziektekostenverzekeringen. Om overlap in taakgebied tussen de AFM en de NZa te voorkomen, de ziektekostenverzekeraars als aanbieders in de zin van de Wft zijn vrijgesteld van de transparantiebepalingen in de Wft, zoals de informatieverstrekking aan consumenten, reclame-uitingen en verkoop op afstand, aangezien dergelijke bepalingen in de Wmg zijn opgenomen. De AFM houdt op grond van de Wft toezicht op de interne klachtenregeling voor consumenten als onderdeel van de bedrijfsvoering van zorgverzekeraars, en toezicht houdt op de bemiddelaars van ziektekostenverzekeringen. Vanuit de Wft is dit project voor de toezichtactiviteiten van de AFM minder interessant. Het toezicht van de AFM uit hoofde van de Wet toezicht accountantsorganisaties en specifiek artikel 14 kan wel relevant zijn.

16.2. Toezichtproces NZa
Op grond van de Wmg ziet de toezichthouder NZa toe op de juistheid van de financiële verantwoording die de zorgverzekeraars in het kader van de risicoverevening aan het CVZ leveren. De controles op de juistheid van de verantwoorde declaraties DBC's die ten laste van de Zvw worden verantwoord zijn onderdeel van de zogenaamde vereveningsonderzoeken van de NZa. De NZa voert de vereveningsonderzoeken Zvw elk jaar uit; wel kan de diepgang en de keuze van focuspunten variëren.

De NZa heeft het toezicht op de verevening recent aangescherpt, zoals de aanscherping van de nauwkeurigheidstolerantie van 5% naar 3%, de gefaseerde aanpak op gepast gebruik, het benoemen van focuspunten in het Controleprotocol en het toezicht

De NZa maakt bij haar toezichtstaak voor de vereveningsonderzoeken gebruik van de werkzaamheden van de externe (en onder voorwaarden ook van de interne) accountant van een zorgverzekeraar. De externe accountant maakt op zijn beurt veelal gebruik van de werkzaamheden van de interne accountants van een zorgverzekeraar.
Via het "Protocol vereveningsonderzoek Zvw en onderzoek uitvoeringsverslag Zvw" geeft de NZa voorschriften voor de controle cq onderzoek naar de financiële verantwoording. Dit protocol wordt afgestemd met CVZ, ZN en in- en externe accountants van zorgverzekeraars.
De NZa stelt een onderzoek in naar de uitkomsten van het vereveningsonderzoek. Hierbij wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de werkzaamheden van de accountant. De NZa rapporteert aan het CVZ over de uitkomsten van het onderzoek per zorgverzekeraar. In deze rapporten kunnen o.a correcties op de kosten die ten laste van de Zvw zijn verantwoord, zijn opgenomen. Het CVZ betrekt deze rapporten bij de uitvoering van de verevening.

Het bestuur van de zorgverzekeraar is verantwoordelijkheid voor de opmaak van de verantwoordingen, in overeenstemming met de relevante bepalingen Zvw en de inrichtingsvoorschriften zoals opgenomen in het Handboek CVZ. Het bestuur is tevens verantwoordelijk voor een zodanige interne beheersing als het noodzakelijk acht om het opmaken van de verantwoordingen mogelijk te maken zonder afwijkingen van materieel belang als gevolg van fraude of fouten. De accountant is verantwoordelijk voor het afgeven van het oordeel over de verantwoordingen. Het Protocol is bedoeld als leidraad voor de accountants om zijn werkzaamheden te plannen, uit te voeren en te evalueren.
De NZa stelt in het protocol eisen aan de betrouwbaarheid en nauwkeurigheid van de verantwoording. Ook geeft de NZa in het protocol aandachtspunten voor de controle.
De normen waaraan de zorgverzekeraar moeten voldoen zijn vastgelegd in de polissenvoorwaarden en de Zvw/WMG (en daarvan afgeleide wet- en regelgeving)
De NZa schrijft niet een "recept" voor, voor de inrichting van de interne organisatie van een zorgverzekeraar en de inrichting van de controle van de externe accountant. Dat behoort tot de eigen verantwoordelijkheid van het bestuur van een zorgverzekeraar respectievelijk externe accountant.

De NZa stelt dus geen eisen aan de wijze waarop de declaratieverwerking/beoordeling bij een zorgverzekeraar moet plaatsvinden. De NZa stelt wel de eis dat het totaal van de DBC's die ten laste van de Zvw worden gebracht, juist (rechtmatig) zijn waarbij het juistheidsonderdeel gegeven wordt met 95% betrouwbaarheid en 97% nauwkeurigheid.

De declaraties van de DBC's worden door de zorgverzekeraar verantwoord op de jaarstaat Zvw. Daarnaast levert de zorgverzekeraars een verantwoording van DBC gegevens aan ten behoeve van de bepaling van de opbrengstverrekening en een verantwoording van DBC gegevens om de diagnose kosten groepen te bepalen.

De NZa heeft diverse uitingen gedaan over de normstelling rondom gepast gebruik en de eisen die zij stelt aan de borging door zorgverzekeraars. Hierin is onder nadere aangegeven dat de NZa niet de eis stelt dat zorgverzekeraars voor elke individuele nota moeten vaststellen of deze

voldoet aan gepast gebruik van zorg. De NZa heeft aangegeven dat zij verwacht dat zorgverzekeraars voor elke zowel aan de "voorkant" (bijvoorbeeld zorginkoop, systeem van machtigingen) als aan "de achterkant" (controles op declaraties) maatregelen nemen om gepast gebruik te borgen. Zorgverzekeraars moeten investeren in de opzet van spiegelinformatie, statistische analyse, datamining, etc. om afwijkende declaratiepatronen te kunnen detecteren om vervolgens deze afwijkende patronen nader te analyseren en zonodig vervolgstappen zetten richting de zorgaanbieders.

De NZa heeft het standpunt dat adequate preventieve maatregelen, bijvoorbeeld in de vorm van (selectieve) zorginkoop, sturen op volumina, borgen controles in de keten in het algemeen effectiever zijn dan controles achteraf.

Voorts heeft de NZa nog het signaaltoezicht. Indien de NZa signalen ontvangt van consumenten, zorgaanbieders, of andere zorgverzekeraars, dat een zorgverzekeraar de Zvw niet juist toepast, kan de NZa een onderzoek starten en indien nodig handhavende maatregelen treffen om te zorgen dat de zorgverzekeraar de Zvw correct uitvoert.

Tevens voert de NZa het toezicht uit op de gedeclareerde prestaties en tarieven door zorgaanbieders. Hiertoe kan zij – op basis van signalen – toezichtonderzoeken doen bij zorgaanbieders en indien nodig handhavend optreden. Onlangs heeft de NZa diverse boetes opgelegd onder ander in de mondzorg en bij een ziekenhuis.

16.3. Toezichtproces NZa: specifiek toezicht

Omdat er teveel aandoeningen/soorten DBC's zijn, is het niet rationeel mogelijk om het toezicht in te steken om het niveau van individuele aandoeningen/DBC's. Het toezicht is ingestoken op het totaal aan DBC's. De externe accountant geeft een juistheidsoordeel op basis van steekproeven en/of een toets van het interne systeem van een zorgverzekeraar. Op basis van signalen/attentiepunten kan wel op ad hoc basis ingezoomd wordt op het niveau van individuele aandoeningen/DBC's. Voor de drie gekozen aandoeningen is dat niet het geval geweest. De NZa beschikt daarom niet over data (zoals aandachtspunten, bevindingen onderzoek) met betrekking tot varices, P.A.O.D., bovenooglid correcties en HNP.

16.4. Toezichtproces NZa: Wat zijn interessante ontwikkelingen vanuit toezichtoptiek?

- Aanscherping van de materiële controles, zoals onder andere naar voren komt in het NZa rapport rechtmatigheid uitvoering Zvw 2010 van februari 2012.

16.5. Toezichtproces NZa: Wat zijn de aandachtspunten vanuit toezichtoptiek?

Wat zijn de aandachtspunten bij varices, P.A.O.D., bovenooglid correcties en HNP vanuit controleoptiek?

- Hoe worden risicovelden bepaald en hoe wordt hiermee omgegaan?
- Hoe wordt de optimale mix tussen controles door zorgaanbieders/zorgverzekeraars en toezicht bepaald? Wie bewaakt samenhang bij controle tussen de zorgketenonderdelen?
- In hoeverre zit er spanning tussen het feit dat de Zvw uitgaat van "rechtmatigheid" en in het "Protocol vereveningsonderzoek Zvw en onderzoek uitvoeringsverslag Zvw" wordt uitgegaan van "juistheid"?
- Meer aandacht voor materiële controles nodig.
- Toezicht en handhaving van de regels moeten markt prikkelen.

16.6. Toezichtproces DNB

Afdeling 3.3.2. van de Wft is gericht op de bescherming en bevordering van de integriteit van het financiële stelsel in Nederland en op de integere bedrijfsvoering door de onder toezicht staande ondernemingen. Het betreft zowel de integriteit van de (mede)beleidsbepalers als een integere bedrijfscultuur. Een financiële onderneming richt de bedrijfsvoering zodanig in dat deze een beheerste en integere uitoefening van haar bedrijf waarborgt. Dat betekent dat

risico's in kaart zijn gebracht en dat daarvoor voldoende beheersmaatregelen zijn getroffen. Deze eisen worden ook gesteld aan zorgverzekeraars.

16.7. Toezichtproces DNB: specifiek toezicht

Het toezicht van DNB haakt niet aan bij (medische) behandelingen.

16.8. Toezichtproces DNB: Wat zijn interessante ontwikkelingen vanuit toezichtoptiek?

DNB heeft een actieplan 2010-2014 opgesteld met een beleidsvisie en aanpak gedrag en cultuur bij financiële ondernemingen: De 7 Elementen van een Integere Cultuur[21]. In de beleidsvisie van DNB zijn er 7 elementen die een onderneming dient mee te nemen om integer gedrag in de zin van verantwoordelijkheid nemen en verantwoording afleggen te verankeren in de bedrijfscultuur.

- Belangenafweging/evenwichtig handelen: alle relevante belangen onderkennen en zichtbaar meewegen.
- Consistent handelen: handelen in lijn met doelstellingen en keuzes.
- Bespreekbaarheid: stimuleren van een positief kritische houding van werknemers en ruimte geven voor het bespreken van besluiten, andere opvattingen, fouten en taboes.
- Voorbeeldgedrag: good behaviour at the top (persoonlijke integriteit, waaronder het voorkomen van (de schijn van) belangenverstrengeling.
- Uitvoerbaarheid: realistische targets stellen en het wegnemen van perverse prikkels.
- Transparantie: vastleggen van en communiceren over doelstellingen en principiële keizes naar alle stakeholders toe.
- Handhaving: aan niet-naleving worden consequenties verbonden.

16.9. Toezichtproces DNB: Wat zijn de aandachtspunten vanuit toezichtoptiek?

- De implementatie van een toegesneden riskmanagement systemen inclusief controle periodieke risicoanalyse.

16.10. Toezichtproces AFM

De externe accountant heeft een wettelijke controletaak en geldt daarmee als vertrouwenspersoon van het maatschappelijk verkeer (bedrijfsleven, overheid, financiële markten). Stakeholders moeten kunnen vertrouwen op het oordeel van de externe accountant, zoals opgenomen in de controleverklaring bij de jaarrekening. Het is dan ook van groot belang dat de externe accountant de wettelijke controle van de jaarrekening uitvoert met inachtneming van de daarvoor geldende regels. Dit betekent onder meer dat de externe accountant moet beoordelen of een controle-opdracht kan worden aanvaard of voortgezet en of de af te geven controleverklaring is onderbouwd met toereikende controle-informatie. Een centrale plaats hierbij neemt artikel 14 in. In artikel 14 Wta is bepaald dat de accountantsorganisatie ervoor zorg draagt dat de externe accountants die bij haar werkzaam zijn of aan haar zijn verbonden, voldoen aan het bij of krachtens afdeling 3.2 van de Wta bepaalde. Op basis van afdeling 3.2 worden met betrekking tot deze zorgplicht onder andere regels gesteld ten aanzien van de vakbekwaamheid, objectiviteit en integriteit van de accountant en onafhankelijkheid. De AFM bepaalt op basis van ontvangen signalen, thema's en incidenten welke sectoren aandacht verdienen. Zo voerde de AFM in 2009 en 2010 onderzoeken uit naar de controle van de jaarrekeningen over 2008 van ondernemingen en instellingen uit sectoren die in het bijzonder zijn geraakt door de crisis, zoals de financiële sector en de sectoren bouw/vastgoed en automotive.

16.11. Toezichtproces AFM: specifiek toezicht

Het toezicht van AFM haakt niet aan bij (medische) behandelingen.

16.12. Toezichtproces AFM: Wat zijn interessante ontwikkelingen vanuit toezichtoptiek?

---

[21] DNB, 06 december 2011, kenmerk 2011/794154

[nader in te vullen]

16.13. Toezichtproces AFM: Wat zijn de aandachtspunten vanuit toezichtoptiek?
- De discussie over de betaalbaarheid van de zorg, de bezuinigingen op de zorg en de turbulentie op de zorgmarkt maken dat er geen twijfel mag bestaan over de cijfers in de jaarrekening. Dit is te meer van belang omdat de NZa bij haar toezichtstaak voor de vereveningsonderzoeken gebruik van de werkzaamheden van de externe (en onder voorwaarden ook van de interne) accountant van een zorgverzekeraar. De mate van risicomanagement inclusief de controle van de declaraties door de zorgaanbieders vormt hierbij weer input voor de zorgverzekeraars inclusief de eventuele risico's die worden gelopen met betrekking tot de rechtmatige vergoeding van declaraties.

17. Het Zorgverzekeringsfonds.

17.1. Het Zorgverzekeringsfonds: algemeen
De vereveningsonderzoeken Zvw die de Nza elk jaar uitvoert (zie vorige paragraaf) zijn uitgangspunt bij de risicoverevening. Het CVZ voert de risicoverevening uit. Dit houdt in dat het CVZ de risicovereveningsbijdragen vaststelt en deze uitbetaalt aan de zorgverzekeraars. De vereveningsbijdrage berust op een schatting van de zorgkosten. Deze schatting is gebaseerd op het risicoprofiel van de verzekerden. Het risicoprofiel bestaat uit een aantal kenmerken van de verzekerden, waaronder leeftijd en geslacht, gezondheidskenmerken en de aard van het inkomen. Daarnaast worden zorgverzekeraars deels gecompenseerd voor gerealiseerde zorgkosten. De zorgverzekeraars lopen hierbij op verschillende soorten zorgkosten, een verschillend risico. Op DBC's in het vrije segment, (waaronder Varices, P.O.A.D, bovenooglidcorrecties en HNP) lopen ze bijvoorbeeld relatief veel risico."

17.2. Het Zorgverzekeringsfonds: Wat zijn interessante ontwikkelingen vanuit controleoptiek?

- De gefaseerde afbouw van de ex post risicoverevening.

17.3. Het Zorgverzekeringsfonds: Wat zijn de aandachtspunten vanuit controleoptiek?
Wat zijn de aandachtspunten bij varices, P.A.O.D., bovenooglid correcties en HNP vanuit controleoptiek?

- Wanneer de controle in het voortraject mankeert, kan dit weer gevolgen hebben voor de rechtmatigheid van de vereveningsbijdrage.
- Investeren in goed opgezette controle levert geld op en beperkt uitgaven, verlicht de druk op premies en vermindert de druk op het verzekerd pakket.

Partijen in de keten neigen ertoe vanuit het eigen segment te kijken, terwijl er juist kansen liggen om het systeem op een hoger niveau te tillen door te kijken vanuit de gehele keten.

DEEL II Verbeteringen controle rechtmatige declaraties

18. De verbeteringen

18.1. De verbeteringen: inleiding

Na beschrijving van het proces (fase 1 van PInCeT) wordt in deel II de aandacht gericht op de verbeteringen met betrekking tot de controle en het toezicht erop (fase 2). Waar en hoe kan de controle en het toezicht erop worden versterkt opdat een integere bedrijfsvoering met oog voor het maatschappelijk belang is geborgd? In de 3e fase van PInCeT zal na overleg in de stuurgroep worden gekeken naar de implementatie van de verbeteringen, waarbij wordt aangetekend dat er geen enkele reden is voor betrokkenen om met implementatie van verbeteringen te wachten, integendeel. Hoe eerder verbeteringen worden aangebracht hoe beter. Op een aantal onderdelen zijn overigens al verbeteringen in gang gezet waaronder bij verbeteringen B5 (par. 18.3) , D1 (par. 18.5) en E4 en E7 (par.18.6) hierna.

Om het risico op onrechtmatige declaraties goed te kunnen managen gaat het in essentie om de volgende aandachtsgebieden bij de verbeteringen, te weten:
A. meer aandacht voor controle;
B. de vertaling van het collectief verzekerd pakket in DBC-zorgproducten;
C. de controleprikkels de goede kant op hebben staan;
D. het hebben van een toegesneden risk management systeem;
E. duidelijke normen; en
F. voldoende controlecapaciteit.

Hiervan uitgaande zijn aangedragen verbeterpunten en verbeterpunten die uit de procesbeschrijving volgen hieronder met in achtneming van de indeling hiervoor weergegeven en waar nodig toegelicht. Tevens is aangegeven of verbeteringen op korte termijn of langere termijn zijn te realiseren of ze specifiek (afhankelijk van de behandeling) of algemeen toepasbaar zijn en of met de verbetering al een aanvang is gemaakt.

18.2. De verbeteringen: Algemeen

Aandacht voor controle is de basis om tot aanvaardbare controlesystemen voor rechtmatige declaraties te komen.

A	**Aandachtspunt**	**Verbetering**	**Wie verantwoordelijk**
A1	Aandacht voor controle	maatregelen pas invoeren nadat adequaatheid, uitvoerbaarheid en controleerbaarheid controle is vastgesteld	Allen

-Controle is normaliter een onderdeel van een risicomanagement systeem en zou als zodanig niet apart hoeven te worden benoemd. Dat het toch is gedaan, vindt zijn oorsprong in het feit dat de cultuur van het denken in risico's (met betrekking tot geld dat uit het zorgsysteem weglekt waardoor de premie stijgt en/of het collectief verzekerd pakket) en het managen van die risico's in de sfeer van de rechtmatigheid van declaraties niet erg leeft, hoewel de bedragen waarom het gaat zeer groot zijn. Als de cultuur goed gericht staat, wordt het invoeren van maatregelen (wetten, besluiten, regels, etc) nadat de adequaatheid, uitvoerbaarheid en controleerbaarheid is
vastgesteld meer een vanzelfsprekendheid.
- Op langere termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering.

A2	Aandacht voor het reviewen van controle	Periodiek controlesysteem reviewen	Allen

- Een goed controlesysteem wordt periodiek gereviewd om het systeem scherp te houden; feitelijk wat nu via PInCeT gebeurt.
- Op korte termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering.

A3	Implementatie van verbeteringen in de controle (zie verbeteringen A hiervoor en B t/ F hierna)	-monitoring vorderingen - transparantie	Allen

- Het ligt voor de hand de implementatie van verbeteringen in de controle (conform het plan van aanpak) te monitoren. Bij zorgverzekeraars wordt bijvoorbeeld de verbetering van het risicomanagementsysteem al door een onafhankelijke commissie gemonitord. Wat de algemene voortgang van PInCeT betreft komt het logisch voor de TK periodiek over de vorderingen bij de implementatie van verbeteringen te berichten te meer omdat in diverse stukken naar PInCeT wordt verwezen (beantwoording Kamervragen naar aanleiding van promotie Fleur Hasart, het NZa rapport rechtmatigheid uitvoering Zvw 2010, de brief .
- Op korte termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering.

18.3. De verbeteringen: Vertaling collectief verzekerd product in DBC-zorgproducten

Het collectief verzekerd pakket, de prestatiebeschrijving/declaratietitel en de basisverzekering moeten op elkaar aansluiten, zodat bij declaratie duidelijk is wat wel en niet onder de basisverzekering valt.

B	Aandachtspunt	Verbetering	Wie verantwoordelijk
B1	Vertaling verzekerd pakket in DBC-zorgproduct	-discrepanties identificeren, grootte en variëteit problematiek vaststellen en herstel adequaat herstel plan maken	**CVZ** **NZa** **DBC-onderhoud** Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars

- Discrepanties vinden onder andere hun oorzaak in:
  - verschillende terminologie bij het collectief verzekerd pakket en DBC-zorgproducten;
  - verschillen tussen Wmg en Zvw, en
  - de verpakking van onverzekerde zorg in verzekerde zorg.

DBC-Onderhoud is bezig met het maken van een inventarisatie van de discrepanties.
- Specifiek toepasbare verbetering.
- Op korte termijn te implementeren.

B2	Controleerbaarheid indicatie-inter-ventiecombinaties	-Aansluiting tussen indicatiestelling en controle versterken door bij declareren de verplichting op te nemen om de indicatie te melden. Waar nodig zal het CVZ gespecificeerde indicaties in de standpunten vermelden.	**CVZ** Zorgverleners Zorgaanbieders DBC-Onderhoud Zorgverzekeraars NZa

- Tegenwoordig wordt steeds meer gewerkt met indicatie-interventiecombinaties. Dat wil zeggen dat wordt aangegeven dat een bepaalde interventie bij een bepaald indicatiegebied een te verzekeren prestatie is. Hierdoor is bij controle niet alleen de interventie van belang, maar ook het indicatie gebied. Afhankelijk van de risico's op te veel vergoeden, kan het CVZ de beschrijving:
  - Als CVZ standpunt formuleren; of
  - in de regelgeving laten opnemen.

Knelpunt: privacy.
- Specifiek toepasbare verbetering.
- Op lange termijn te implementeren.

B3	Redelijkerwijs aangewezen (vb P.A.O.D., hernia)	-waar nodig verduidelijken richtlijn -waar nodig beschrijft het CVZ stepped care in standpunt -"comply or explain"	CVZ Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars NZa

- Het heeft, waar mogelijk, vanuit controleoogpunt de voorkeur een duidelijke fasering in de te nemen stappen af te spreken. Duidelijk is echter dat in gevallen afwijkingen kunnen voorkomen; via een "comply or explain"-systeem kan de nodige flexibiliteit worden gecreëerd.

- In die gevallen waar een fasering niet bestaat, zal een goed werkend risicomanagementsysteem (zie D1/2) rode lichten laten zien. Dat kan vervolgens reden zijn om de controle te intensiveren. In de mate dat de controle aanscherping behoeft, heeft dat overigens weer gevolgen voor de bonus/malusclausule (zie C1). In de mate dat een fasering in de te nemen stappen tot stand wordt gebracht, heeft dat weer een gunstig effect op het niveau van de bonus/malus-clausule.
- Specifiek toepasbare verbetering.
- Op korte termijn te implementeren.

B4	Wijzigingen in collectief verzekerd pakket, nieuwe duidingen of standpunten	-Uitgangspunt: het zo snel mogelijk inbrengen van het verzekerd pakket in het DBC-declaratiesysteem op een zodanige wijze dat het handhaafbaar is. -procedure bij vermoeden van ongebruikelijke zorg	CVZ NZa DBC-onderhoud ism DHD

- Gebeurt in de regel; misgegaan bij varices.
- specifiek toepasbare verbetering.
- op korte termijn te implementeren.

B5	Omzetting CBV-codes naar zorgactiviteiten	-Versterking mapping van CBV-code naar zorgactiviteit - nagaan noodzaak van het naast elkaar bestaan van verschillende coderingssystemen	NZa **DBC-onderhoud** Zorgverleners zorgaanbieders

- De bedoeling is om in 2014 de basisadministratie op basis van de Centraal Basis Verrichtingen (CBV) in te richten. Nu gebeurt dat nog op basis van de Dutch Health Data (DHD). Dit verbeterpunt is dus al ter hand genomen.
- Algemeen toepasbare verbetering.
- Op langere termijn te implementeren.

18.4. De verbeteringen: De prikkels de goede kant op hebben staan

De aanwezigheid van de juiste prikkels bevordert het rechtmatig gebruik van het systeem.

C	**Aandachtspunt**	**Verbetering**	**Wie verantwoordelijk**
C1	Verzekeren rechtmatigheid declaraties (voorbeelden van onrechtmatigheden: vergissingen, fraude, upcoding [vb varices], overdeclaratie [vb varices en P.A.O.D.], niet redelijk aangewezen zorg en zorg niet conform praktijk en wetenschap)	-Opnemen bonus/malus clausules in contracten	Zorgverleners zorgaanbieders zorgverzekeraars NZa

-In het huidige controlesysteem bestaat geen prikkel voor de zorgaanbieder om te voorkomen dat een onrechtmatige declaratie wordt aangeleverd. Als er een onrechtmatigheid wordt ontdekt moet de zorgaanbieder slechts de ten onrechte genoten vergoeding terugbetalen, maar er volgt geen (contractuele) verrekening van (door zorgverzekeraars gemaakte) controlekosten en sanctie en het leven gaat voor het overige weer door. Ontdekt de zorgverzekeraar de onrechtmatigheid niet dan wordt de zorgaanbieder gewoon betaald en leiden deze ten onrechte betaalde kosten uiteindelijk tot een premieverhoging. Resultaat: de verzekerde betaalt de onrechtmatige declaratie. Bij de zorgverzekeraar bestaat evenmin een prikkel om de materiële controle stevig op poten te zetten en daarmee de onrechtmatige betalingen te voorkomen. Dit kost hem namelijk moeite en in eerste instantie geld, wat eventueel later (gedeeltelijk) via een premieverhoging kan worden gecompenseerd. Het ontbreken van een prikkel voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om dit te voorkomen leidt ertoe dat de verzekerden uiteindelijk een te hoge premie betalen. Door het inbouwen van

prikkels voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars kan het zorgsysteem per saldo voordeel boeken; op macroniveau worden de kosten beter beheerst. De gedachte is dat zorgverzekeraars, net als bij andere ondernemingen, via de inkoopfunctie bijvoorbeeld bonus/malus clausules opnemen in contracten met zorgaanbieders. Hierbij zouden de (begrote) controlekosten die de zorgverzekeraar heeft het uitgangspunt van de bonus/malus clausule kunnen zijn. In de mate dat een zorgaanbieder zijn controle goed heeft geregeld, ontvangt hij een bonus en in het geval een zorgaanbieder het slecht heeft geregeld een malus ten opzichte van het door de zorgverzekeraar gekozen kostenuitgangspunt. Zo'n prikkel raakt uiteraard de concurrentiepositie van zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar en werkt binnen de zorgaanbieder door naar de zorgverlener. Het is aan de individuele zorgverzekeraar om in het kader van het risk management via de inkoopfunctie vorm te geven aan de clausules. In de markt bestaan allerlei varianten. Zo kennen ondernemingen (Philips) preferred leveranciers, die deze status onmiddellijk verliezen indien bij controle fouten worden ontdekt; dat heeft uiteraard aanzienlijke gevolgen voor de leverancier. De beoordeling van de bonus of malus dient uiteraard op basis van objectieve indicatoren die in het contract zijn opgenomen plaats te vinden. In de mate dat het moeilijker is de rechtmatigheid van declaraties vast te stellen en dus het risico van onrechtmatigheid toeneemt, vertaalt zich dat via toeneming van materiële controles in een hoger kostenuitgangspunt van de bonus/malus clausules. In het omgekeerde geval leidt het tot een verlaging. Kortom: als de rechtmatigheid moeilijker is vast te stellen zullen de controlekosten hoger zijn en wordt de bonus/malus ook groter.
- In een goed werkend risicomanagementsysteem (zie D1/2) laat het systeem rode lichten zien wanneer de verbeteringen B2 (controleerbaarheid indicatie-interventiecombinaties), B3 (redelijkerwijs aangewezen zorg), C1 (verzekeren rechtmatige declaraties), C3 (discussie over C2 bij varices), C4 (bovenooglidcorrecties), E1 (onduidelijke richtlijnen), E2 (beoordeling zorgactiviteiten met aanspraakbeperking), E4 (regels zorgverleners/zorgaanbieders mbt registratie en facturering), E5 (geen onderscheid tussen basis en aanvullende polis bij zorgverleners/zorgaanbieders) en F1/2 (capaciteit) nog niet zijn geïmplementeerd. Dat kan vervolgens reden zijn om de controle te intensiveren. In de mate dat de controle aanscherping behoeft, heeft dat overigens weer gevolgen voor de bonus/malus-clausule (C1). In de mate dat de genoemde verbeterpunten zijn geïmplementeerd, heeft dat weer een gunstig effect op het niveau van de bonus/malus-clausule.
- Op korte termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering

C2	Systeemprikkels de goede kant	-NZa/DBC-onderhoud starten een evaluatie van DOT	Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars **NZa en DBC-onderhoud**

- Bij de NZa en DBC-Onderhoud staat het onderwerp onbedoelde systeemprikkels binnen de DOT productstructuur op de rol. Systeemprikkels kunnen hierbij worden gedefinieerd als prikkels die voortvloeien uit de wijze waarop de DOT productstructuur is opgebouwd en zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen uitnodigen tot specifiek gedrag. Prikkels zijn onbedoeld wanneer ze leiden tot verslechtering van de betaalbaarheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg. Het gaat er hierbij om welke onbedoelde prikkels/risico's bestaan binnen DOT en welke mogelijkheden en belemmeringen worden ervaren om de onbedoelde prikkels te beperken? Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan zorgactiviteiten die selectief aan de Grouper worden aangeboden. Voorts nodigen prijsverschillen tussen DBC-zorgproducten bijvoorbeeld met en zonder verpleegdagen uit tot het opkrikken van de zorgzwaarte (een cataract operatie zonder verpleegdag levert € 990 op en met verpleegdagen € 1700 of een dialyse zonder klinische opname kost circa € 1390 en met verpleegdagen circa € 3890.
- Op langere termijn te implementeren, omdat eerst moet worden gewacht op de data.
- Algemeen toepasbare verbetering.

C3	Discussie over stadium C2 bij varices	-normering toepassen -controle intensiveren	**CVZ** Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars NZa

- Zie D1 (risicomanagementsysteem)/D2 (risicoanalyse); par. 8.1 indiceert dat er risico's zijn en dat er reden is de controle te intensiveren.
- Zie C1 (bonus/malus-clausule) .
- Op korte termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering.

C4	Klein aantal gevallen uitgezonderd vallen bovenooglid correcties buiten collectief verzekerd pakket; veel verzekerde gevallen	- Controle via leeftijdsbeoordelingen	Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars

- Zie D1 (risicomanagementsysteem)/D2 (risicoanalyse); par 8.3 indiceert dat er risico's zijn en dat er reden is de controle te intensiveren. Het % verzekerde zorg komt als zeer hoog voor gelet op het feit dat alleen aangeboren afwijkingen voor verzekerde zorg in aanmerking komen gelet op de leeftijdsverdeling van ooglidcorrecties. De verklaring hiervoor zou overigens kunnen zijn dat een bovenooglidcorrectie op basis van een fors huidoverschot (= dermatochalazis of blepharochlazis) onderdeel van de verzekerde zorg uit de aanvullende verzekering is, waarbij de verzekeraar zelf de criteria definieert. Het betreft dan geen aangeboren afwijking en sceening op leeftijd zal dan niets opleveren. Alleen code 133 betreft de correctie van een aangeboren afwijking waarbij de ooglidrand zelf te laag staat (= ptosis). Aan de andere kant indiceert de "bepsaringsruimte" in par. 8.3 dat er risico's zijn en dat er reden is de controle te intensiveren.
- Zie C1 (bonus/malus-clausule).
- Op korte termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering.

C5	Toezicht	Indringender en vasthoudender toezicht	**Toezichthouder**

- Indringender toezicht (inclusief sancties bij overtredingen) heeft gevolgen voor alle ondertoezichtgestelden. Om het effect te versterken is ook samenwerking tussen de toezichthouders ieder op zijn eigen terrein van groot belang.
- Op korte termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering.

18.5. De verbeteringen: Een toegesneden riskmanagement systeem

Om te weten waarop controles zich moeten richten dient een toegesneden risicomanagementsysteem te bestaan.

D	**Aandachtspunt**	**Verbetering**	**Wie verantwoordelijk**
D1	risico-management-systeem	-invoeren en uitvoeren	CVZ Zorgaanbieders Zorgverzekeraars DNB

- De zorgverzekeraars zijn doende een risicomanagementsystemen te verbeteren. Zowel een onafhankelijke monitoringcommissie als DNB zien toe op de implementatie.
- Om de rechtmatigheid van declaraties te kunnen vaststellen zullen deze moeten worden gecontroleerd. Voor een adequate uitvoering van deze controles dient duidelijk in kaart te worden gebracht waar de risico's zich bevinden en hoe deze moeten worden gewogen. Een structurele en systematische aanpak hiervan vereist de aanwezigheid van een zogenaamd risk management systeem. Onderdeel hiervan is dat er onder andere betrouwbare spiegelinformatie beschikbaar is. De op basis hiervan gemaakte bench marks geven de risicogebieden aan waarop het risicobeheer (inclusief AO/IC) zich dient te richten. Deze data vormen weer de input om via de inkoopfunctie maatregelen te nemen, door onder andere het opnemen van een bonus/malus clausules. Tegen de achtergrond van de nieuw in te voeren Europese Solvency II-richtlijn heeft Menzis zijn risicomanagement systeem onlangs op modernere leest geschoeid. Dit soort informatie en risk management systemen zijn overigens ook van belang voor zorgaanbieders. Hoe verhoudt het functioneren van zorgaanbieders zich op dit punt ten opzichte van elkaar? Welke ruimte heeft de zorgaanbieder bij onderhandelingen met de zorgverzekeraar? Op welke onderdelen van de materiële controle zal de zorgverzekeraar de nadruk leggen tijdens onderhandelingen? Als je op dit soort zaken als zorgaanbieder niet bent voorbereid, loop je het risico verlieslatende deals te sluiten waardoor je voortbestaan in gevaar kan komen of waardoor je bij fusies tot een verkeerde waardebepaling komt. Een goed risk management systeem zorgt er mede voor dat de aanbieder goed kan onderhandelen wat weer gunstige effecten heeft op de bonus/malus-regeling.

- In een goed werkend risicomanagementsysteem (zie D1/2) laat het systeem rode lichten zien wanneer de verbeteringen B2 (controleerbaarheid indicatie-interventiecombinaties), B3 (redelijkerwijs aangewezen zorg), C1 (verzekeren rechtmatige declaraties), C3 (discussie over C2 bij varices), C4 (bovenooglidcorrecties), E1 (onduidelijke richtlijnen), E2 (beoordeling zorgactiviteiten met aanspraakbeperking), E4 (regels zorgverleners/zorgaanbieders mbt registratie en facturering), E5 (geen onderscheid tussen basis en aanvullende polis bij zorgverleners/zorgaanbieders) en F1/2 (capaciteit) nog niet zijn geïmplementeerd. Dat kan vervolgens reden zijn om de controle te intensiveren. In de mate dat de controle aanscherping behoeft, heeft dat overigens weer gevolgen voor de bonus/malus-clausule (C1). In de mate dat de genoemde verbeterpunten zijn geïmplementeerd, heeft dat weer een gunstig effect op het niveau van de bonus/malus-clausule.
- Zorgverzekeraars: op korte termijn te implementeren.
- Zorgaanbieders: op lange termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering.

D2	Opvallende afwijkingen of statistische verbanden (vb praktijk-variatie bij varices, P.A.O.D. of hernia of andere opvallende zaken bij ondere andere registratie en het invullen van medische indicaties)	-periodieke risicoanalyse (inclusief spiegelinformatie en statistische analyse) op basis van betrouwbare data -resultaat via inkoopfunctie afwikkelen -resultaat geanonimiseerd transparant maken	Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars DIS/Vektis

- Opvallende afwijkingen of statische verbanden zullen bij een goed functionerend risicomanagementsysteem (zie D1) tot rode lichten leiden. Daarom moeten data periodiek te worden verzameld en geanalyseerd. Van belang hierbij is dat de data van voldoende kwaliteit zijn en voldoende diep gaan om een betrouwbaar resultaat te garanderen. DBC-zorgproducten zijn niet op voorhand op specialistenniveau herleidbaar, wat de mogelijkheden tot analyse beperkt tot het niveau van specialismen en ziekenhuizen. Dat beperkt weer de opstelling van adequate risicoanalyses en daarmee de controle. Na analyse kan blijken dat afwijkingen of verbanden goed verklaarbaar zijn. Zij vormen dan geen aanleiding tot verdere controle.
- Op korte termijn te implementeren
- Algemeen toepasbare verbetering.

D3	Inkoopfunctie	-Versterking samenwerking inkoop, controle en medisch adviseur - versterking controlesysteem zorgaanbieders door het afspreken van onder andere bonus/malus clausules	**Zorgverzekeraar**

- Op korte termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering.

18.6. De verbeteringen: Duidelijke normen

Duidelijke normen en afspraken zijn een voorwaarde om partijen eraan te houden en de afspraken te kunnen controleren.

E	Aandachtspunt	Verbetering	Wie verantwoordelijk
E1	Duidelijke professionele standaarden	- waar mogelijk verduidelijken plus toepassing principe "comply or explain"	Zorgverleners

- Als er goede veldnormen zijn dan kun je die gemakkelijk controleren. Duidelijk is dat in gevallen afwijkingen kunnen voorkomen; via een "comply or explain"-systeem kan de nodige flexibiliteit worden gecreëerd.
- Zie D1 (risicomanagementsysteem)/D2 (risicoanalyse).
- Zie C1 (bonus/malus-clausule).
- Ongoing proces van verbeteringen.
- Specifiek toepasbare verbetering.

E2	Beoordeling zorg met	Verduidelijken controle omdat	CVZ

	aanspraakbeperking	onduidelijk is wat wel en niet onder het collectief verzekerd pakket valt	DBC-Onderhoud Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars

-Bij zorg met een aanspraakbeperking bestaan 3 opties: 1. valt buiten het collectief verzekerd pakket (rood); 2. hangt af van medische indicatie (oranje); indien aanwezig dan valt de behandeling binnen het collectief verzekerd pakket (voor zover voor het overige rechtmatig); en 3. De rest (kleurloos). De vraag met betrekking tot de 3e groep is hoe wordt bepaald of behandelingen onder het collectief pakket vallen als het CVZ (nog) geen (her)beoordeling heeft gegeven. In het bijzonder rijst de vraag hoe de zorgverzekeraar tot de schifting tussen collectief en niet collectief verzekerd komt. Hier komt bij dat in de praktijk de 3e groep zorg voorlopig wordt vergoed en pas naderhand wordt gecontroleerd. In laatste instantie wordt de controle bepaald aan de hand van de zorg, echter dan moeten die wel bij het risicobeheer als risico zijn geselecteerd. Als de controle negatief uitvalt dan moet de vergoeding worden teruggedraaid. Concluderend: de vraag is hoe zorgverzekeraars de controle uitvoeren?
- Zie D1 (risicomanagementsysteem)/D2 (risicoanalyse).
- Zie C1 (bonus/malus-clausule).
- Op korte termijn te implementeren.
- Specifiek toepasbare verbetering.

E3	Informatie over indicatiestelling	Standaard indicatie-stellig opnemen op declaratie	**NZa** Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars VWS

- Controle wordt vereenvoudigd als uit de declaratie blijkt waarvoor behandeling heeft plaatsgevonden. Knelpunt privacy.
- Zie D1 (risicomanagementsysteem)/D2 (risicoanalyse).
- Zie C1 (bonus/malus-clausule).
- Op langere termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering

E4	Regels mbt registratie, facturering in AO/IC van zorgaanbieder	Regels over registratie en facturering in AO/IC verduidelijken	Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars NZa

- Zonder heldere normering is geen adequate controle mogelijk. Bij agendapunt 2 gaf de NVZ aan, dat de Coziek (accountants zorgaanbieders) doende zijn om de AO/IC van ziekenhuizen te verbeteren. Dat betekent dat op dit vlak ook verbetering in gang is gezet.
- Zie D1 (risicomanagementsysteem)/D2 (risicoanalyse).
- Zie C1 (bonus/malus-clausule).
- Op langere termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering

E5	Geen onderscheid basis- en aanvullende polis in AO/IC bij in de administratie van zorgverleners en zorgaanbieders	Onderscheid maken in AO/IC tussen basis- en aanvullende polis	Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars

De basispolis en de aanvullende polis zijn verschillende producten.
- Zie D1 (risico-managementsysteem)/D2 (risicoanalyse).
- Zie C1 (bonus/malus-clausule)
- Op langere termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering.

E6	Verwachtingen-kloof accountant en NZa	-Kloof dichten -zo nodig aanscherpen vereveningsprotocol	**NZa**

- In het rapport rechtmatigheid Zvw 2010 kondigt de NZa aan dit punt op te pakken met de accountants.

- Op korte termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering.

E7	Juistheid versus rechtmatigheid	-VWS en NZa bezien op korte termijn te nemen stappen.	VWS NZa CVZ

-In accountantstermen zijn juistheid en rechtmatigheid verschillende begrippen en gaat juistheid minder ver; een onrechtmatige declaratie kan juist of onjuist zijn. Overleg tussen VWS, de NZA en het CVZ over deze kwestie is al geëntameerd.
- O korte termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering.

18.7. De verbeteringen: voldoende capaciteit en samenwerking

Samenwerking tussen de partijen en voldoende capaciteit, tijd en aandacht voor controles zijn nodig om het systeem goed te laten functioneren.

F	Aandachtspunt	Verbetering	Wie verantwoordelijk
F1	Materiële controles	-Controles intensiveren -versterken uitvoering en capaciteit	Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars NZa

- Door een goede samenwerking kunnen capaciteit en kosten worden bespaard.
- Op korte termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering.

F2	Periodieke risico-analyses op basis van betrouwbare gegevens	-capaciteit DBCO/Vektis en DHD versterken -resultaat geanonimiseerd transparant maken	Zorgverleners Zorgaanbieders Zorgverzekeraars DBCO/Vektis

- Door bij risicoanalyses samen te werken tussen zorgveraanbieders en zorgverzekeraars wordt de kwaliteit van de analyses verbeterd.
- Op korte termijn te implementeren.
- Algemeen toepasbare verbetering.

Den Haag, [] 2012

De projectgroep:

- CVZ: Maud van der Veen-Helder, Joost Enzing
- NVZ: Jan Plass
- NFU: Stephen Helder
- ZKN: Marijn Lamers
- Orde: Hanna Toornstra
- DBC-onderhoud: Evelyn van Lochem, Joas Duister
- ZN: Cyrille de Jong, Sacha Jacobs, Gerrit Salemink
- NZa: Wim Komrij, Remko Roos, Erik Langeveld
- VAGZ: John van de Berg
- WV's
  - NVPC : Irene Mathijsen
  - NVVH : Stefan Roskam

   - NOG : Maarten Mourits
   - NVDV: Tamar Nijsten
   - NVvN: positie in beraad
   - NOV: positie in beraad
   - NVN: naam wordt doorgegeven
- VWS: Hetty Dokter, Marcel Amelung, Joeb Rietrae (voorzitter)

De stuurgroep:

- CVZ: Bert Boer
- NVZ: Margot van der Starre
- NFU: naam wordt doorgegeven
- ZKN: naam wordt doorgegeven
- Orde: Bart Heesen
- DBC-onderhoud: Chrit van Ewijk
- ZN: Pieter Hasekamp/Theo Hoppenbrouwers
- NZa: Eitel Homan
- VWS: Leon Van Halder (voorzitter)

VWS/Z/JR; 26-03-2012

Overheid

Bijlage 2

Niet houdbare uitgangssituatie:
- groei zorguitgaven > groei BNP
- overheidsbegroting onder druk
- context: economische storm

Gevolgen bezuinigingen:
- druk op (collectief) verzekerd pakket

slimmere controle
- minder bezuinigingen
- minder druk op verzekerd pakket
- vermindering druk op eigen risico

opslag op overheidsuitgaven (1)

verzekerd pakket | PAOD | vicares

0,0

opslag op overheidsuitgaven (1)

verzekerd pakket | PAOD | vicares

0,0

verzekerd pakket | PAOD | vicares

0,0

zorgverzekeraar/verzekerde

Niet houdbare uitgangssituatie:
- groei zorguitgaven > groei BNP
- overheidsbegroting onder druk
- context: economische storm

Gevolgen bezuinigingen:
- druk op basispolis

slimmere controle
- beperking druk op uitgaven
- beperking druk op premies
- minder druk op basispolis
- vermindering druk op eigen risico

opslag op premie/eigen risico (1)

basispolis | PAOD | vicares

0,0

opslag op premie/eigen risico (1)

basispolis | PAOD | vicares

0,0

basispolis | PAOD | vicares

0,0

Zorgaanbieder

Niet houdbare uitgangssituatie:
- groei zorguitgaven > groei BNP
- overheidsbegroting onder druk
- context: economische storm

Gevolgen bezuinigingen:
- druk op zorgactiviteiten ziekenhuis
- druk op vergoeding zorgprofessionals

slimmere controle
- beperking druk op zorgactiviteiten ziekenhuis
- beperking druk op vergoeding zorgprofessionals

opslag op uitgaven zorgaanbieder/verlener (1)

zorgactiviteiten zorgaanbieder/ zorgprofessional | PAOD | vicares

0,0

opslag op uitgaven zorgaanbieder/verlener (1)

zorgactiviteiten zorgaanbieder/ zorgprofessional | PAOD | vicares

0,0

zorgactiviteiten zorgaanbieder/ zorgprofessional | PAOD | vicares

0,0

(1) onrechtmatigheden zoals misbruik/oneigenlijk gebruik/niet ontdekte vergissingen

- o -